



Стриктуры уретры, вызванные склероатрофическим лихеном: оценка качества жизни пациентов после буккальной уретропластики

© Акылбек Ч. Усупбаев¹, Ринат М. Курбаналиев¹, Султан Акылбек¹, Канышай Н. Стамбекова¹, Касымбек Муқанбаев²

¹ Кыргызская государственная медицинская академия (КГМА) имени И.К. Ахунбаева
720020, Кыргызская республика, г. Бишкек, ул. И. Ахунбаева, д. 92

² Национальный центр фтизиатрии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики
720020, Кыргызская республика, г. Бишкек, ул. И. Ахунбаева, д. 90А

Аннотация

Введение. Одним из наиболее эффективных методов оперативного лечения стриктурной болезни уретры при склероатрофическом лихене у мужчин является буккальная уретропластика. В современной медицинской практике при проведении клинических исследований по изучению эффективности лечения уже давно признан тот факт, что качество жизни пациента является высокоинформативным показателем оценки состояния здоровья при любом заболевании, включая стриктуры уретры.

Цель исследования. Оценить качество жизни пациентов со стриктурами уретры, вызванными склероатрофическим лихеном и подвергнутых буккальной уретропластике.

Материалы и методы. В исследование включено 25 пациентов в возрасте от 17 до 80 лет со стриктурами уретры, вызванными склероатрофическим лихеном. Всем пациентам произведена буккальная уретропластика. Изучение медицинских сторон качества жизни пациентов производили через 1, 6 и 12 месяцев после буккальной уретропластики с помощью опросника оценки качества жизни SF-36 (SF-36 Health Status Survey), опросника оценки симптомов нижних мочевых путей (International Prostate Symptom Score — I-PSS; Quality of life — QoL) и уродинамических исследований. Дополнительно произведён опрос пациентов на предмет удовлетворённости результатами операции.

Результаты. Результаты анкетирования достоверно указывают на высокую эффективность буккальной уретропластики по динамике показателей физического ($62,5 \pm 0,7$ vs $71,7 \pm 0,9$ vs $95,5 \pm 1,0$ vs $97,2 \pm 1,1$; $p < 0,05$) и психологического ($69,2 \pm 1,1$ vs $77,0 \pm 0,7$ vs $92,2 \pm 0,8$ vs $96,2 \pm 1,0$; $p < 0,05$) благополучия опросника SF-36, суммарного балла шкалы I-PSS ($32,1 \pm 3,4$ vs $15,0 \pm 2,7$ vs $7,3 \pm 2,9$ vs $6,8 \pm 2,4$; $p < 0,05$) и индекса QoL ($5,5 \pm 1,2$ vs $3,8 \pm 1,7$ vs $1,6 \pm 1,5$ vs $1,4 \pm 1,4$; $p < 0,05$). Максимальная скорость потока мочи через 1 месяц после операции увеличилась до $19,5 \pm 1,2$ мл/с, через 6 месяцев – до $23,7 \pm 1,7$ мл/с и через 12 месяцев – до $25,8 \pm 1,3$ мл/с в сравнении с дооперационными показателями, составляющими $15,8 \pm 1,2$ мл/с ($p \leq 0,05$).

Заключение. Буккальная уретропластика при стриктурах уретры, вызванных склероатрофическим лихеном способствует восстановлению адекватного мочеиспускания и улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: стриктура уретры; склероатрофический лихен; уретропластика; хирургия уретры; буккальный графт; качество жизни

Аббревиатуры: опросник оценки качества жизни SF-36 (SF-36); шкала оценки симптомов нижних мочевых путей — International Prostate Symptom Score (I-PSS); шкала оценки качества жизни, связанного с расстройствами мочеиспускания — Quality of life (QoL)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки. **Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. **Этическое одобрение.** Исследование одобрено Комитетом по биоэтике КГМА (Протокол № 20 от 28 февраля 2019 года). **Информированное согласие.** Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных. Пациент, представленный в клиническом примере, подписал информированное согласие на публикацию своих данных. **Вклад авторов:** А.Ч. Усупбаев, Р.М. Курбаналиев – научное руководство и редактирование; С. Акылбек – сбор и анализ данных, обзор литературы, написание текста рукописи, концепция и дизайн исследования; Стамбекова К.Н., Муқанбаев К. – анализ данных, написание текста рукописи. **✉ Корреспондирующий автор:** С. Акылбек; e-mail: md.akylbek@gmail.com **Поступила в редакцию:** 28.04.2022. **Принята к публикации:** 08.06.2022. **Опубликована:** 26.06.2022. **Для цитирования:** Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Акылбек С., Стамбекова К.Н., Муқанбаев К. Стриктуры уретры, вызванные склероатрофическим лихеном: оценка качества жизни пациентов после буккальной уретропластики. *Вестник урологии.* 2022;10(2):78-86. DOI: 10.21886/2308-6424-2022-10-2-78-86.

Urethral strictures caused by lichen sclerosis: evaluation of patient quality of life after buccal urethroplasty

© Akylbek Ch. Usupbayev¹, Rinat M. Kurbanaliev¹, Sultan Akylbek¹, Kanyshai N. Stambekova¹, Kasymbek Mukanbayev²

¹I.K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy
92 I. Akhunbayev St., Bishkek, 720020, Kyrgyzstan

²Kyrgyz Republic National Center of Phthysiology
90A I. Akhunbayev St., Bishkek, 720020, Kyrgyzstan

Abstract

Introduction. In modern medical practice, when conducting clinical trials to assess the effectiveness of the treatment, it has long been recognized that the quality of life of a patient is a highly informative indicator of the assessment of health status. Buccal urethroplasty is one of the most effective methods of surgical treatment of urethral stricture disease in men with scleroatrophic lichen.

Materials and methods. Twenty-five patients with urethral stricture caused by scleroatrophic lichen aged 17 to 80 years were examined. All patients underwent buccal urethroplasty. Patient quality of life was assessed 1, 6, and 12 months after buccal urethroplasty using the SF-36 Health Status Survey, the International Prostate Symptom Score (IPSS; Quality of Life — QoL) and urodynamic studies. In addition, a survey of patients was conducted on the subject of satisfaction with the results of the operation.

Results. The results of the survey reliably indicate the high efficiency of buccal urethroplasty, reflected in the dynamics of physical indicators (62.5 ± 0.7 vs 71.7 ± 0.9 vs 95.5 ± 1.0 vs 97.2 ± 1.1 ; $p < 0.05$) and psychological (69.2 ± 1.1 vs 77.0 ± 0.7 vs 92.2 ± 0.8 vs 96.2 ± 1.0 ; $p < 0.05$) well-being according to the SF-36, IPSS total score (32.1 ± 3.4 vs 15.0 ± 2.7 vs 7.3 ± 2.9 vs 6.8 ± 2.4 ; $p < 0.05$) and QoL index (5.5 ± 1.2 vs 3.8 ± 1.7 vs 1.6 ± 1.5 vs 1.4 ± 1.4 , $p < 0.05$). The maximum urine flow rate increased to 19.5 ± 1.2 ml/s one month after surgery, to 23.7 ± 1.7 ml/s after six months, and to 25.8 ± 1.3 ml/s after 12 months, compared to preoperative values of 15.8 ± 1.2 ml/s ($p < 0.05$).

Conclusion. Replacement of affected urethral tissues with scleroatrophic lichen with buccal flap helps restore adequate urination and improve patient quality of life.

Keywords: urethral strictures; scleroatrophic lichen; urethroplasty; urethral surgery; buccal graft; quality of life

Abbreviations: International Prostate Symptom Score (I-PSS); Quality of life (QoL); SF-36 Health Status Survey (SF-36)

Financing. The study did not have sponsorship. **Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interests. **Ethical approval.** The study was approved by the Bioethics Committee of the I.K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy (Protocol No. 20, dated February 28, 2019). **Informed consent.** All patients signed an informed consent to participate in the study and the processing of personal data. Patient from a clinical example signed informed consent to publish their data. **Author's contribution:** Akylbek Ch. Usupbayev, Rinat M. Kurbanaliev – supervision, scientific editing; Sultan Akylbek – study conception and design, data acquisition and analysis, literature review, drafting the manuscript; Kanyshai N. Stambekova, Kasymbek Mukanbayev – data analysis, drafting the manuscript. ✉ **Corresponding author:** S. Akylbek; e-mail: md.akylbek@gmail.com **Received:** 04/28/2021. **Accepted:** 06/08/2022. **Published:** 06/26/2022. **For citation:** Usupbayev A.Ch., Kurbanaliev R.M., Akylbek S., Stambekova K.N., Mukanbayev K. Urethral strictures caused by scleroatrophic lichen: assessment of the quality of life of patients after buccal urethroplasty. *Vestn.Urol.* 2022;10(2):78-86. (In Russ.). DOI: 10.21886/2308-6424-2022-10-2-78-86.

Введение

Склероатрофический лишай или облитерирующий ксеротический баланит, как он был известен ранее, представляет собой хронический воспалительный лимфоцитарно-опосредованный рубцовый дерматоз, который поражает препуциальную кожу и головку полового члена, приводя к фимозу и стриктурам уретры. Этиология генитальной формы *lichen sclerosis* до настоящего времени остаётся неясной, а предполагаемая распространённость у мужчин составляет от 0,07 до 0,30% [1].

В начальной стадии заболевания склероатрофический лишай может не проявляться клинически, и пациенты зачастую обращаются к урологу только при появлении симптомов затруднённого мочеиспускания. На этом этапе заболевания формируются фиброзно-склеротические изменения в слизистой оболочке уретры и на крайней плоти полового члена, приводящие к стриктуре уретры и / или рубцовому фимозу, вызывая нарушение адекватного мочеиспускания и снижение качества жизни [2, 3].

Известным является тот факт, что необрезанные мужчины более часто подвержены заболеванию генитальным *lichen sclerosus*, чем обрезанные [4]. Также определено, что в развитых странах мира *lichen sclerosus* наряду с эндоуретральными вмешательствами и неудачными пластиками гипоспадии является одной из основных причин развития стриктур пенильного отдела уретры, составляя 20,0% от всех наблюдений [5]. При этом 48,6% случаев пануретральных стриктур вызвано склероатрофическим лихеном [6].

Стриктуры, связанные с *lichen sclerosus*, не имеют единого стандартного подхода в лечении, они склонны к более частому рецидивированию в сравнении с любой иной этиологией. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов рекомендуют при отсутствии неблагоприятных факторов со стороны местных тканей мужчинам со стриктурами, связанными со склероатрофическим лихеном, выполнять одноэтапную уретропластику с использованием слизистой ротовой полости [7].

Цель исследования

Оценить качество жизни пациентов со стриктурами уретры, вызванными склероатрофическим лихеном и подвергнутых буккальной уретропластике.

Материалы и методы

В исследование включено 25 мужчин в возрасте от 17 до 80 лет со стриктурной болезнью уретры, вызванной склероатрофическим лихеном. Всем пациентам в период с 2019 по 2022 годы в Республиканском научном центре урологии были произведены буккальные уретропластики по стандартным методикам: в 14 наблюдениях применены одноэтапные техники «*dorsal onlay*», «*dorso-lateral*» или «*ventral onlay*», в 11 наблюдениях – двухэтапные замещающие техники. Медиана наблюдения составила 18 месяцев, межквартильный интервал – 9,5 – 25,5 месяцев.

Предоперационное обследование включало изучение жалоб и анамнестических данных, физикальное обследование, проведение лабораторных тестов крови и мочи, ультразвуковое исследование мочевого системы и уретроцистографию. У пациентов с сохранённым мочеиспусканием были оценены скорость мочеиспускания и ко-

личество остаточной мочи. Исследование уродинамических показателей также проводили через 1, 6 и 12 месяцев после операции.

Качество жизни пациентов, связанное со здоровьем, изучали с помощью опросника оценки качества жизни — SF-36 (SF-36 Health Status Survey), который содержит 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, болевой синдром, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируются между 0 и 100, где 100 баллов представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: психологическое и физическое благополучие.

Качество жизни пациентов, связанное с мочеиспусканием, изучали с помощью опросника оценки симптомов нижних мочевых путей (International Prostate Symptom Score — I-PSS; Quality of life — QoL) включающего 7 вопросов характеризующих степень тяжести мочевых симптомов и 1 вопрос, отражающий отношение пациента к имеющимся нарушениям мочеиспускания. Суммарный балл шкалы I-PSS варьируется от 0 и 35, где 35 баллов свидетельствует о самых тяжёлых симптомах болезни, индекс QoL варьируется от 0 и 5, где 5 баллов соответствует наивысшей степени беспокойства пациента.

Анкетирование пациентов производили на этапе обследования, а затем через 1, 6 и 12 месяцев после операции. Пациенты самостоятельно заполняли печатный вариант опросника во время визита в клинику либо присылали заполненные анкеты по электронной почте. Также пациенты были опрошены на предмет удовлетворённости результатами операции по трём показателям: «удовлетворён», «частично удовлетворён» и «не удовлетворён».

Методы статистического анализа

Статистическую обработку данных проводили с помощью статистического пакета Statistica v.17.0 (StatSoft Inc., Tulsa, OK, USA). Сравнение показателей до и после лечения в указанные сроки осуществляли с использованием критерия ANOVA (analysis of variation). Различия признавали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Исходные характеристики пациентов и клинические параметры стриктур представлены в таблице 1.

На этапе обследования 22 (88%) пациента предъявляли жалобы на невозможность провести полноценный половой акт в связи психогенными факторами, 21 (84%) – на боли в области гениталий во время полового контакта, 18 (72%) – на боли в уретре в виде постоянных жжений и 16 (64%) – на дискомфорт в уретре. Через 6 месяцев после лечения жалобы минимизировались до следующих значений: невозможность проведения полового акта отмечали 2 (8%) пациента, боли во время полового акта – 2 (8%), дискомфорт в уретре – 1 (4%). Новых жалоб не возникло.

Рецидив стриктур диагностирован у трёх (12%) пациентов, в последующем им произведены дополнительные хирур-

гические вмешательства. В итоге мочеиспускание восстановлено во всех случаях. Осложнения в виде уретро-кожного свища наблюдали у 1 (4%) пациента, дивертикула уретры – у 1 (4%), искривление полового члена – у 1 (4%) и подтекание мочи после мочеиспускания – у 2 (8%).

Анализ данных опросника SF-36 показал значительное улучшение качества жизни пациентов по всем показателям через 1 месяц после хирургического лечения в сравнении с дооперационными показателями и их положительную динамику в течение всего периода наблюдения (табл. 2). При изучении данных опросников I-PSS и QoL получены схожие результаты, демонстрирующие значительное улучшение качества жизни, связанного с мочеиспусканием (табл. 3).

При оценке уродинамических показателей средний показатель максимальной ско-

Таблица 1. Клинические характеристики
Table 1. Clinical characteristics

Показатели <i>Indicators</i>	Значение <i>Value</i>	
Средний возраст пациентов, лет <i>Average age of patients, years</i>	38,0 ± 1,5	
Средняя протяжённость стриктур, см <i>Average length of strictures, cm</i>	4,7 ± 1,4	
Длина <i>Length</i>	< 2 см < 2 cm	4 (16,0%)
	> 2 см и < 7 см > 2 cm & < 7 cm	19 (76,0%)
	>7 см > 7 cm	2 (8,0%)
Сегмент уретры <i>Urethral segment</i>	Стриктуры пенильной уретры с вовлечением бульбарной уретры, но без вовлечения fossa navicularis и меатуса <i>Stricture involving both bulbar and penile urethral segments without implication of the fossa navicularis and/or urethral meatus</i>	2 (8,0%)
	Стриктуры пенильной уретры без вовлечения fossa navicularis и меатуса <i>Stricture isolated to the penile urethra without fossa navicularis or meatal involvement</i>	2 (8,0%)
	Стриктуры пенильной уретры с вовлечением fossa navicularis и меатуса <i>Stricture isolated to the penile urethra with fossa navicularis and/or meatal involvement</i>	16 (64,0%)
	Стриктуры, затрагивающие все отделы передней уретры (пануретральная стриктура) <i>Stricture involving the meatus/fossa, penile urethra and bulbar urethra (i.e. panurethral stricture)</i>	4 (16,0%)
	Многофокусные стриктуры с необходимостью применения различных хирургических техник <i>Separate strictures involving two or more distinct areas of the anterior urethra (managed with separate urethroplasty techniques)</i>	1 (4,0%)
Этиология <i>Etiology</i>	<i>Lichen sclerosus</i>	25 (100%)
Первичные стриктуры / Рецидивные стриктуры <i>Primary structures / Recurrent strictures</i>		19 (76,0%) / 6 (24,0%)
Самостоятельное мочеиспускание / Наличие цистостомы <i>Self-urination / Cystostomy drainage</i>		4 (16,0%) / 21 (84,0%)

рости потока мочи до операции составил $15,8 \pm 1,2$ мл/с, через 1 месяц – $19,5 \pm 1,2$ мл/с, через 6 месяцев – $23,7 \pm 1,7$ мл/с и через 12 месяцев – $25,8 \pm 1,3$ мл/с. Объем остаточной мочи ни у одного из пациентов не превышал 50 мл через месяц после операции и последующие временные точки контроля.

Согласно опросу пациентов об их удовлетворенности результатами проведенной операцией 63,4% респондентов заявили, что «удовлетворены» на ранних сроках после операции, 71,3% – на поздних и 82,7% – к третьему году наблюдения.

Таблица 2. Динамика показателей качества жизни больных, связанного со здоровьем
Table 2. Dynamics of indicators of the patient quality of life related to health

Показатели Indicators	До операции Before the operation (n = 25)	Сроки наблюдения Follow-up terms			P
		Через 1 месяц After 1 month (n = 25)	Через 6 месяцев After 6 months (n = 25)	Через 12 месяцев After 12 months (n = 21)	
Физическое функционирование Physical functioning	64,1 ± 0,15	73,5 ± 0,4	94,2 ± 0,05	96,5 ± 1,15	< 0,05
Роль физическое функционирование Role-physical functioning	64,5 ± 1,0	72,4 ± 0,16	95,3 ± 1,3	97,4 ± 1,4	< 0,05
Болевой синдром Bodily pain	63,2 ± 0,07	70,9 ± 0,18	92,4 ± 0,6	99,9 ± 0,16	< 0,05
Общее здоровье General health	59,2 ± 0,5	72,3 ± 0,6	95,8 ± 1,0	97,2 ± 0,15	< 0,05
Жизненная активность Vitality	63,8 ± 1,2	72,8 ± 0,22	94,4 ± 1,1	96,7 ± 1,2	< 0,05
Социальное функционирование Social functioning	65,8 ± 1,0	77,1 ± 0,15	90,5 ± 0,15	94,6 ± 1,0	< 0,05
Эмоциональное функционирование Role emotional	75,1 ± 0,4	77,1 ± 0,4	97,6 ± 0,16	98,1 ± 0,14	< 0,05
Психическое здоровье Mental health	74,5 ± 0,15	82,2 ± 0,17	93,1 ± 0,15	97,2 ± 0,15	< 0,05
Физический компонент здоровья The physical component of health	62,5 ± 0,7	71,7 ± 0,9	95,5 ± 1,0	97,2 ± 1,1	< 0,05
Психологический компонент здоровья Psychological component of health	69,2 ± 1,1	77,0 ± 0,7	92,2 ± 0,8	96,2 ± 1,0	< 0,05

Таблица 3. Динамика показателей качества жизни больных, связанного с мочеиспусканием
Table 3. Dynamics of indicators of patient quality of life associated with urination

Показатели Indicators	До операции Before the operation (n = 25)	Сроки наблюдения Follow-up terms			P
		Через 1 месяц After 1 month (n = 25)	Через 6 месяцев After 6 months (n = 25)	Через 12 месяцев After 12 months (n = 21)	
Суммарный балл I-PSS Total IPSS score	32,1 ± 3,4	15,0 ± 2,7	7,3 ± 2,9	6,8 ± 2,4	< 0,05
Индекс QoL QoL Index	5,5 ± 1,2	3,8 ± 1,7	1,6 ± 1,5	1,4 ± 1,4	< 0,05

Примечание. IPSS — международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы в баллах «International Prostate Symptom Score» (шкала оценки симптомов нижних мочевых путей); QoL — шкала оценки качества жизни, связанного с расстройствами мочеиспускания «Quality of Life»

Note. IPSS — International Prostate Symptom Score; QoL — Quality of life

Примером эффективного лечения, демонстрирующего стойкое улучшение качества жизни может служить следующее клиническое наблюдение.

Больной Н. 1951 года рождения госпитализирован в Республиканский научный центр урологии с диагнозом «Протяжённая стриктура уретры. Генитальный склероатрофический лишень. Эпицистостома». При поступлении предъявлял жалобы на невозможность самостоятельного мочеиспускания, наличие цистостомы. Затруднённое мочеиспускание беспокоит пациента в течение длительного периода времени, по поводу чего он получал альфа-адреноблокаторы без клинического эффекта. В последующем стал замечать прогрессирующее сужение наружного отверстия уретры. По месту жительства в связи с развитием острой задержки мочи была произведена троакарная цистостомия.

При осмотре наружных половых органов на головке полового члена визуализированы белые пятна, характерные для клинической картины склероатрофического лишена, наружное отверстие уретры сужено до 10 Ш. В лабораторных тестах – лейкоцитурия, бактериурия (*Enterobacter aerogenes* 10^7 КОЕ/мл). По данным ультразвукового

исследования патологии верхних мочевых путей не выявлено, чашечно-лоханочные системы почек не расширены. Остаточная моча – 520 мл. Объем простаты – 53 см³. При цистоуретрографии визуализированы множественные дивертикулы мочевого пузыря, протяжённая стриктура пенильно-бульбарной уретры – до 12 см (рис. 1).

Нами произведена дорсолатеральная onlay уретропластика с использованием двух буккальных трансплантатов (рис. 2). Интраоперационно взяты образцы ткани слизистой уретры, гистологическое исследование подтвердило наличие склероатрофического лишена.

Через 1 месяц после операции физический компонент здоровья согласно анкете SF-36 составил 86 баллов, психологический компонент здоровья – 97 баллов, суммарный балл шкалы I-PSS – 9 баллов, индекс QoL – 2 балла, показатель максимальной скорости мочеиспускания составил 19,5 мл/с, объём остаточной мочи – 16,7 мл.

Обсуждение

В современной медицине уже давно применяют высокоинформативный способ оценки качества жизни путём анкетирования в клинических исследованиях. Так, на-

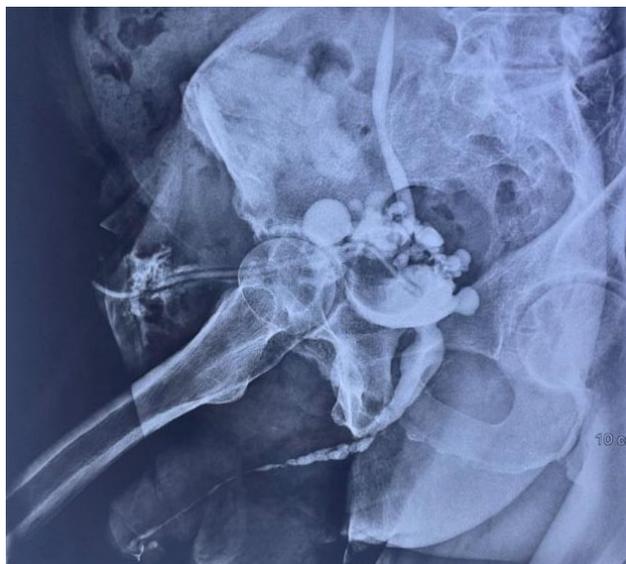


Рисунок 1. Микционная цистоуретрограмма: стриктура пенильно-бульбарной уретры протяжённостью до 12 см, множественные дивертикулы мочевого пузыря

Figure 1. Voiding cystourethrogram: stricture of the penile-bulbar urethra up to 12 cm long, multiple bladder diverticula

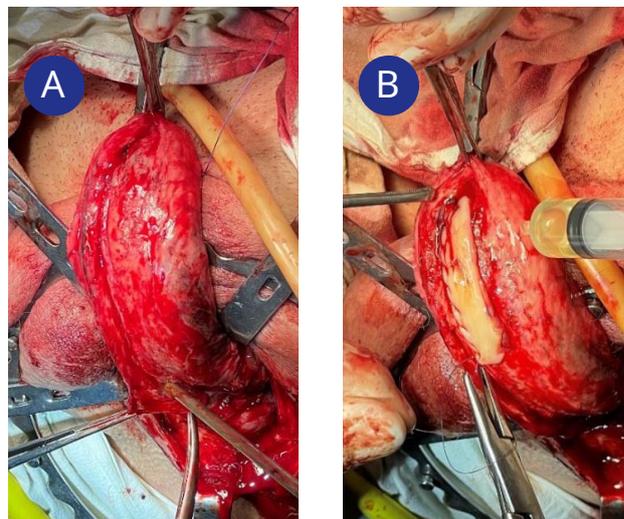


Рисунок 2. Основные этапы операции: А – выделение уретры и её продольное рассечение по латерально-дорсальной поверхности на всем протяжении сужения; В – фиксация первого буккального трансплантата

Figure 2. The main surgery stages: A – urethral isolation and longitudinal dissection along the lateral-dorsal surface throughout the narrowing; B – transplantation of the first buccal flap to the urethra by lateral-dorsal technique

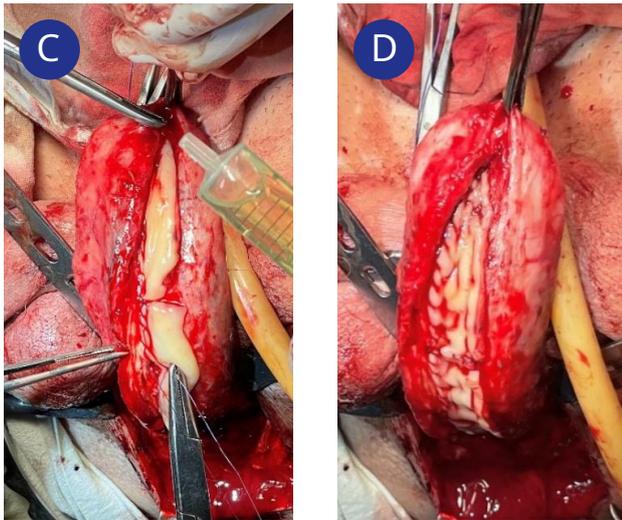


Рисунок 2. Основные этапы операции: С, D – фиксация второго буккального трансплантата
Figure 2. The main surgery stages: C, D – transplantation of the second buccal flap by lateral-dorsal technique

пример, в работе Д.Ю. Пушкаря и А.В. Живова (2013) исследовали 248 мужчин применив следующие виды операций: внутренняя оптическая уретротомия – 73 пациента, буккальная уретропластика – 42 пациента, анастомотическая уретропластика по Turner-Warwick в модификации Webster – 38 пациента. Методики операций оценивали по анкетам I-PSS, QoL и IIEF (International Index of Erectile Function) через 3, 6, 12 месяцев после операции. Данные инструменты оценки послеоперационных показателей продемонстрировали, что применение внутренней оптической уретротомии приводит к частым неудачам и низкому качеству жизни пациента и следует внедрять современные методики уретропластики с патогенетически обоснованным подходом [8].

Также в работе Б.Г. Амирбекова и М.И. Когана (2019) исследовали 70 мужчин со стриктурами уретры в возрасте 20 – 74 лет. Оценивали по следующим показателям: урофлоуметрии, IPSS, QoL и по остаточной моче в сроки через 3 и 6 месяцев после операции. Критериями оценки качества жизни пациента явились ликвидация и минимизация симптомов нижних мочевых путей, восстановление сексуальной активности, купирование тревоги и депрессии. В заключении данной работы выявлены совокупности критерий оценки после операции. Доказана связь между положительной динамикой показателей симптомов нижних

мочевых путей и регрессами тревоги и депрессии, но это не сопровождалось снижением тяжести эректильной дисфункции [9].

По мнению большинства авторов, для решения проблемы стриктуры уретры при склероатрофическом лихене наиболее эффективным является увеличительная уретропластика (аугментация уретры) [10, 11, 12]. Этим недугом страдают люди репродуктивного и сексуально активного, а также трудоспособного возраста с высокими бюджетными расходами, что оказывает существенное влияние на все стороны жизни общества, в том числе экономическую, социальную и др.

В связи с этим мы задались целью оценить клиническую эффективность буккальной уретропластики в отдалённые сроки у пациентов, страдающих стриктурной болезнью уретры, вызванной склероатрофическим лихеном применяя методы анкетирования пациентов с помощью SF36, QoL и I-PSS, а также инструментальные методы урофлоуметрии и ультразвукового исследования для определения остаточной мочи. Опросник SF-36 является актуальным, стандартизованным методом изучения качества жизни больного, который представляет возможность оценить характер жизни пациента в условиях болезни [13].

Судя по критериям опросника и других исследований, эффективность лечения после буккальной уретропластики достигается в течение 6 месяцев и не ухудшается на протяжении всей жизни, но пока у нас имеются результаты только в 12 месяцев. Результаты проведённого обследования 25 пациентов со стриктурной болезнью уретры, обусловленной склероатрофическим лихеном, перенёсших буккальную уретропластику в катмнезе, достоверно указывают на высокую эффективность проведённой операции по показателям физических и психических составных опросника качества жизни SF-36 и QoL, а также суммарного балла IPSS. Самостоятельное мочеиспускание было восстановлено у всех больных, что является оптимальным индикатором качества проведённой операции. А также получена высокая оценка пациентами раннего полноценного восстановления сексуальной жизни. Наши результаты сопоставимы с данными большинства исследований в этой области, показавшими эффективность методик уретропластики [2, 5, 14].

Заклучение

На сегодняшний день буккальная уретропластика является основным методом оперативного лечения стриктур уретры, вызванных склероатрофическим лихеном. Методика демонстрирует удовлетвори-

тельные показатели эффективности восстановления целостности уретры и тем самым позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов, связанное как с общим здоровьем, так и мочеиспусканием в частности.

Литература

1. Kwok R, Shah TT, Minhas S. Recent advances in understanding and managing Lichen Sclerosus. *F1000Res*. 2020;9:F1000 Faculty Rev-369. DOI: 10.12688/f1000research.21529.1.
2. Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Акылбек С., Колесниченко И.В. Комплексное лечение стриктур уретры, вызванных склероатрофическим лихеном. *Здравоохранение Кыргызстана*. 2021;(4):54-61. DOI: 10.51350/zdravkg2021124654.
3. Соколова А.А., Гребенюк В.Н., Доля О.В. Клинические особенности генитального склероатрофического лихена у мужчин и женщин. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016;15(1):54-59. DOI: 10.17116/klinderma2016151554-59.
4. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, Francics N, Fearfield L, Newson R, Bunker C. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol*. 2000;136(3):350-4. DOI: 10.1001/archderm.136.3.350.
5. Depasquale I, Park AJ, Bracka A. The treatment of balanitis xerotica obliterans. *BJU Int*. 2000;86(4):459-65. DOI: 10.1046/j.1464-410x.2000.00772.x.
6. Palminteri E, Berdondini E, Verze P, De Nunzio C, Vitarelli A, Carmignani L. Contemporary urethral stricture characteristics in the developed world. *Urology*. 2013;81(1):191-6. DOI: 10.1016/j.urology.2012.08.062.
7. Lumen N., Campos-Juanatey F., Dimitropoulos K., Greenwell T., Martins F.E., Osman N., Riechardt S., Waterloos M. Urethral Strictures. In: *EAU Guidelines*. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. EAU Guidelines Office, Arnhem, the Netherlands, 2022. Available at: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/> Accessed on May 29, 2022.
8. Пушкарь Д.Ю., Живов А.В., Багаудинов М.Р., Исмаилов М.Р. Качество жизни мужчин после различных операций по поводу стриктуры уретры. *Андрология и генитальная хирургия*. 2013;14(2):26-30. DOI: 10.17650/2070-9781-2013-2-26-30.
9. Амирбеков Б.Г., Коган М.И., Митусов В.В., Мирзаев З.А., Костеров М.В. Динамика качества жизни после хирургии стриктуры уретры у мужчин. *Вестник урологии*. 2019;7(2):5-13. DOI: 10.21886/2308-6424-2019-7-2-5-13.
10. Коган М.И. Стриктуры уретры у мужчин. *Реконструктивно восстановительная хирургия. Иллюстрированное руководство*. М.: Практическая медицина; 2010. Доступно по: https://medknigaservis.ru/wp-content/uploads/2020/02/Q0115310.files_.pdf Дата обращения: 28.05.2022.
11. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. *Избранные лекции по урологии*. М.: МИА; 2008.

References

1. Kwok R, Shah TT, Minhas S. Recent advances in understanding and managing Lichen Sclerosus. *F1000Res*. 2020;9:F1000 Faculty Rev-369. DOI: 10.12688/f1000research.21529.1.
2. Usupbaev A.Ch., Kurbanaliev R.M., Akylbek S., Kolesnichenko I.V. Complex treatment of urethral strictures caused by scleroatrophic lichen. *Health care of Kyrgyzstan*. 2021;(4):54-61. (In Russ.). DOI: 10.51350/zdravkg2021124654.
3. Sokolova AA, Grebeniuk VN, Dolia OV. Clinical features of genital lichen sclerosus et atrophica in males and females. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2016;15(1):54-59. (In Russ.). DOI: 10.17116/klinderma2016151554-59.
4. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, Francics N, Fearfield L, Newson R, Bunker C. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol*. 2000;136(3):350-4. DOI: 10.1001/archderm.136.3.350.
5. Depasquale I, Park AJ, Bracka A. The treatment of balanitis xerotica obliterans. *BJU Int*. 2000;86(4):459-65. DOI: 10.1046/j.1464-410x.2000.00772.x.
6. Palminteri E, Berdondini E, Verze P, De Nunzio C, Vitarelli A, Carmignani L. Contemporary urethral stricture characteristics in the developed world. *Urology*. 2013;81(1):191-6. DOI: 10.1016/j.urology.2012.08.062.
7. Lumen N., Campos-Juanatey F., Dimitropoulos K., Greenwell T., Martins F.E., Osman N., Riechardt S., Waterloos M. Urethral Strictures. In: *EAU Guidelines*. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. EAU Guidelines Office, Arnhem, the Netherlands, 2022. Available at: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/> Accessed on May 29, 2022.
8. Pushkar D.Yu., Zhivov A.V., Bagaudinov M.R., Ismailov M.R. Quality of life of men after various methods of operative treatment for urethral stricture. *Andrology and Genital Surgery*. 2013;14(2):26-30. (In Russ.). DOI: 10.17650/2070-9781-2013-2-26-30.
9. Amirbekov B.G., Kogan M.I., Mitusov V.V., Mirzayev Z.A., Kostero M.V. Quality of life dynamics in men after urethral stricture surgery. *Urology Herald*. 2019;7(2):5-13. (In Russ.). DOI: 10.21886/2308-6424-2019-7-2-5-13.
10. Kogan M.I. Urethral strictures in men. *Reconstructive and reconstructive surgery. Illustrated guide*. Moscow: Practical medicine; 2010. (In Russ.). Available at: https://medknigaservis.ru/wp-content/uploads/2020/02/Q0115310.files_.pdf Accessed on May 28, 2022.
11. Lopatkin N.A., Martov A.G. *Selected lectures on urology*. Moscow: MIA, 2008. (In Russ.).

12. Коган М.И., Красулин В.В., Митусов В.В., Шангичев В.А., Аметов Р.Э., Наранов С.В. Эффективность хирургического лечения протяженных и субтотальных стриктур уретры у мужчин. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2013;8(2):95-97. eLIBRARY ID: 20170231.
13. Новик А.А., Ионова Т.И. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. 2-е издание. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.
14. Martins FE, Kulkarni SB, Joshi P, Warner J, Martins N. Management of Long-Segment and Panurethral Stricture Disease. *Adv Urol*. 2015;2015:853914. DOI: 10.1155/2015/853914.
12. Kogan M.I., Krasulin V.V., Mitusov V.V., Shangichev V.A., Ametov R.E., Naranov S.V. Efficacy of surgical treatment of extended and subtotal urethral strictures in men. *Bashkortostan medical journal*. 2013;8(2):95-97. (In Russ.). eLIBRARY ID: 20170231.
13. Novik A.A., Ionova T.I. *Guidelines for the study of quality of life in medicine*. 2nd edition. Moscow: CJSC "OLMA Media Group", 2007. (In Russ.).
14. Martins FE, Kulkarni SB, Joshi P, Warner J, Martins N. Management of Long-Segment and Panurethral Stricture Disease. *Adv Urol*. 2015;2015:853914. DOI: 10.1155/2015/853914.

Сведения об авторах

Акылбек Чолпонкулович Усупбаев – член-корреспондент НАН КР, доктор медицинских наук, профессор; зав. кафедрой урологии и андрологии до- и последипломного обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызстан
<https://orcid.org/0000-0003-1926-384X>
e-mail: usupbaevakylbek@rambler.ru

Ринат Маратович Курбаналиев – доктор медицинских наук; ассистент кафедры урологии и андрологии до- и последипломного обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызстан
<https://orcid.org/0000-0003-1926-384X>
e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Султан Акылбек – аспирант кафедры урологии и андрологии до- и последипломного обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызстан
<https://orcid.org/0000-0002-2294-5772>
e-mail: md.akylbek@gmail.com

Канышай Нурмаматовна Стамбекова – кандидат медицинских наук; доцент кафедры урологии и андрологии до- и последипломного обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызстан
<https://orcid.org/0000-0001-9943-368X>
e-mail: kana7171@mail.ru

Касымбек Муканбаев – доктор медицинских наук, врач урогенитального отделения Национального центра фтизиатрии КР
г. Бишкек, Кыргызстан
<https://orcid.org/0000-0002-4602-0416>
e-mail: kasymbekm@list.ru

Information about the authors

Akylbek Ch. Usupbayev – M.D., Dr.Sc.(Med), Full Prof., Corresponding member of the Kyrgyz Republic NAS; Head, Dept. of Urology and Andrology of Pre- and Postgraduate Studies n. a. M.T. Tynaliev, I.K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyzstan
<https://orcid.org/0000-0003-1926-384X>
e-mail: usupbaevakylbek@rambler.ru

Rinat M. Kurbanaliev – M.D., Dr.Sc.(Med); Assist.Prof., Dept. of Urology and Andrology of Pre- and Postgraduate Studies n. a. M.T. Tynaliev, I.K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyzstan
<https://orcid.org/0000-0003-1926-384X>
e-mail: doc_kurbanaliev@mail.ru

Sultan Akylbek – M.D.; Postgrad. Student, Dept. of Urology and Andrology of Pre- and Postgraduate Studies n. a. M.T. Tynaliev, I.K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyzstan
<https://orcid.org/0000-0002-2294-5772>
e-mail: md.akylbek@gmail.com

Kanyshay N. Stambekova – M.D., Cand.Sc.(Med); Assoc.Prof., Dept. of Urology and Andrology of Pre- and Postgraduate Studies n. a. M.T. Tynaliev, I.K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyzstan
<https://orcid.org/0000-0001-9943-368X>
e-mail: kana7171@mail.ru

Kasymbek Mukanbayev – M.D., Dr.Sc.(Med); Urologist, Urogenital Division, Kyrgyz Republic National Center of Phthysiology
Bishkek, Kyrgyzstan
<https://orcid.org/0000-0002-4602-0416>
e-mail: kasymbekm@list.ru