

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА СТРИКТУР УРЕТРЫ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

М.Б. Абдыкалыков¹, В.Н. Евсюков¹, Оскон уулу А.², Асилбек уулу У.¹

¹ Кафедра специализированной хирургической помощи Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации;

² Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ Кыргызской Республики
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Несмотря на развитие высокотехнологических методов лечения стриктур уретры, частота развития рецидива стриктур уретры на сегодняшний день не имеет тенденции к снижению. Как правило, при травматических повреждениях мочеиспускательного канала в большинстве случаев из-за отсутствия своевременного, квалифицированного хирургического лечения развивается рубцовое сужение и облитерация мочеиспускательного канала. В данной работе показано основные этиопатогенетические факторы стриктур уретры.

Ключевые слова: стриктура уретры, травма, облитерация, хирургическое лечение, профилактика, рецидив

ОПЕРАЦИЯ ЖАСАЛЫП КӨП УБАКЫТ ӨТКӨНДӨН КИЙИН ЗААРА КАНАЛДЫН КЫСЫЛЫШЫНЫН РЕЦИДИВИНИН ПАЙДА БОЛУШУНУН ПАТОГЕНДИК ФАКТОРЛОРУНУН КЭЭ БИР ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

М.Б. Абдыкалыков¹, В.Н. Евсюков¹, Оскон уулу А.², Асилбек уулу У.¹

¹ Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту,
атайын адистештирилген хирургиялык жардам кафедрасы

² Республикалык урология илимий борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бүгүнкү күндө, жогорку технологиялык даарылоо жолдордун өнүгүшүнө карабастан, заара каналдын кысылышынын рецидиви азайышы байкалбайт. Көпчүлүк учурда, заара каналга жаракат алган кезде өз убагында тажрыйбалуу хирургиялык даарылоо болбогондуктан, заара каналдын кысылышына жана бүтөлүп калышына алып келет. Бул илимий иште заара каналдын кысылышына алып келүүчү этиопатогендик факторлор чагылдырылган.

Негизги сөздөр: заара каналдын кысылышы, жаракат, облитерация, хирургиялык даарылоо, рецидив.

SOME FEATURES OF PATHOGENETIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF RECURRENCE OF URETHRAL STRICTURES IN THE LONG-TERM POSTOPERATIVE PERIOD

M.B. Abdykalykov¹, V.N. Evsukov¹, Oskon uulu A.², Asylbek uulu U.¹

¹ Department of Specialized Surgical Care, Kyrgyz State Medical Institute
for Advanced Training and Retraining,

² The Republican Scientific Center of Urology,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: Despite the development of high-tech methods for treatment of urethral strictures, the frequency of recurrence of urethral strictures is not decreasing today. As a rule, with traumatic damages of the urethra, in most cases, due to the lack of timely, qualified surgical treatment, cicatricial narrowing and obliteration of the urethra develop. In this paper, the main ethiopathogenetic factors of urethral strictures are.

Key words: urethras stricture, trauma, obliteration, surgical treatment, prevention, relapse.

Актуальность. В последние годы в связи с ростом дорожно-транспортного травматизма, а также большим числом чрезвычайных происшествий (стихийные бедствия, террористические акты, военные действия) во всем мире и у нас в

республике наблюдается высокая частота травматических повреждений, включая переломы тазовых костей и др.

Как известно переломы тазовых костей в подавляющем большинстве случаев влекут за собой повреждения мочевыводящих путей. Несмотря

на детально разработанные методы оперативного лечения повреждений уретры, все же у многих пациентов развиваются стриктуры и облитерация уретры, лечение которых представляет трудную задачу [1,2,3,4,5,6,7].

Наряду с тем, что постоянно совершенствуется техника оперативного вмешательства при лечении стриктур мочеиспускательного канала, разработаны методы уретропластики, внедрены методы эндоскопической реканализации [1,2,4,6,7,8,9,10], до сих пор не определены приоритеты в плане послеоперационного лечения больного. У многих пациентов повторно развиваются рецидивные стриктуры уретры.

Частота рецидивов стриктур уретры по данным разных авторов [11,12,13,14,15] колеблется от 12% до 56%, а эффективность лечения составляет не более 70-80%. Анализируя вышеизложенное, можно заключить, что и в настоящее время профилактика и лечение рецидивных стриктур уретры является одной из важных проблем урологии, и ее решение имеет большое медико-социальное значение.

Обширный воспалительный процесс, присутствующий при стриктурах уретры и распространяющийся на паравуретральные ткани, отягощает течение послеоперационного периода, задерживает репаративные способности раневого участка, способствует развитию рецидивов, что требует более тщательного и серьезного отношения к послеоперационному лечению [16,17].

Из литературных данных известно, что реакции клеточных мембран на повреждение, механизмы альтерации клеток при воспалительных процессах в основном расшифрованы. В конечном итоге все они обусловлены свободнорадикальной агрессией и процессами перекисного

окисления липидов и белков важнейших компонентов клеточной стенки [18,19].

Несмотря на то, что функциональная активность физиологической антиоксидантной системы разных органов и тканей вариабельна, механизмы антиоксидантной защиты универсальны для всех живых клеток независимо от их структурно-тканевой организации. Это объясняет все возрастающий в последние годы интерес к возможностям поддержки и стимуляции этих процессов с целью повышения жизнеспособности организма при угрозе развития каких-либо поражений или при наличии различных заболеваний.

Учитывая вышеизложенное, нами была проведена работа по поиску патогенетических причин и разработка новых методов ранней послеоперационной реабилитации анастомозированного участка уретры, направленных на улучшение результатов оперативного лечения стриктур уретры и снижения рецидивов.

Цель: Изучение патогенетических факторов стриктур уретры для усовершенствования подходов к профилактике послеоперационных рецидивов, направленных на улучшение качества жизни больных.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 340 больных, получавших оперативное лечение по поводу стриктур уретры - в Республиканском научном центре урологии при НГ МЗ КР. Все больные мужского пола в возрасте от 15 до 70 лет были госпитализированы в период с 1991 года по 2016 год включительно. Распределение больных по возрасту и давности заболевания даны в таблице 1 и 2.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст	Количество больных	
	Абс.	%
До 20 лет	12	3,5
От 21 до 40 лет	116	34,1
От 41 до 60 лет	172	50,5
Старше 60	40	11,7
Всего	340	100

Среди лечившихся больных преобладали преимущественно лица самого активного трудоспособного возраста от 41 до 60 лет, что составило 172 (50,5%) от общего числа пациентов. Эти цифры показывают, что проблема лечения стриктур уретры по-прежнему является не только медицинской, но и социальной.

Нас интересовала давность заболевания поступивших больных и изучение этого вопроса показало, что основной контингент: 215 (63,2%) от общего числа больных составили преимущественно пациенты, которые обратились с жалобами на нарушение мочеиспускания до 1 года от начала заболевания, однако и пациенты с давностью заболевания более 5 лет не были редкостью и составили 8 (2,3%).

Таблица 2

Распределение больных по давности

Давность заболевания	Количество больных	
	Абс.	%
До 1 года	215	63,2
От 1 до 3 лет	92	27
От 3 до 5 лет	14	4,1
От 5 до 10 лет	8	2,3
Свыше 10 лет	11	3,2
Всего больных	340	100

Мы обратили внимание на особенности клиники и при анализе симптоматики больных со стриктурами уретры и было установлено, что для всех поступивших наиболее характерными были боли внизу живота и нарушения мочеиспускания, а также сексуальные расстройства, которые имели место у всех обследованных.

Таким образом, анализируя наши клинические наблюдения, можно отметить, что основную массу больных составили лица в наиболее трудоспособном возрасте с давностью заболевания в большинстве случаев до 1 года. Основными признаками заболевания был болевой синдром, дизурические явления и сексуальные расстройства.

При изучении распределения больных со стриктурами уретры по основным классификационным характеристикам заболевания мы использовали классификацию стриктур уретры по В.И. Русакову (1991), на наш взгляд более приемлемую для практических врачей.

На основе анамнестических данных был проведен анализ причин, приведших к развитию стриктур различных отделов уретры. При этом было установлено, что наибольший удельный вес занимают стриктуры заднего отдела мочеиспускательного канала 281 (82,9%), явившиеся следствием травматических повреждений в частности при переломе костей таза.

Также нередко имели место стриктуры мочеиспускательного канала ятрогенного характера

67 (19,8%), а стриктура воспалительного генеза выявлена у одного больного (1,6%). Она была следствием гонококковой инфекции и занимала перепончато-простатические и мошоночно-перепончатые отделы мочеиспускательного канала.

Наряду с этим, результаты инструментальных исследований показали, что чаще возникали стриктуры в перепончатом 163 (48,2%) отделе уретры вследствие травм. Наиболее редкими были стриктуры интрамурального 13 (3,9%) отдела мочеиспускательного канала.

Анализ частоты стриктур уретры в зависимости от их этиологии и локализации показал, что в подавляющем числе случаев 284 (83,8%) причиной развития стриктур практически всех локализаций являются травматические повреждения, среди которых поражение перепончатого отдела мочеиспускательного канала носит значительно преобладающий характер.

Изучение распределения больных со стриктурами уретры по патогенезу показало, что у большинства пациентов установлена стриктура уретры первичного характера, что составило 250 (73,5%). Среди больных с рецидивными стриктурами уретры 90 (26,4%) наблюдались в основном ранее оперированные и при этом однократно 36 (10,5%), дважды 30 (8,8%) и трижды 24 (7,05%), что указывает на тяжесть состояния поступивших на лечение больных.

Таблица 3

Распределение больных со стриктурами уретры по патогенезу

Характеристика	Количество больных	
	Абс.	%
Первичные	250	73,5
Рецидивные:	90	26,4
Оперированные 1 раз	36	10,5
2 раза	30	8,8
3 раза	24	7,05
Всего больных	340	100

Практически у всех поступивших на стационарное лечение диагностированы осложненные стриктуры уретры. Осложнения носили как общий, так и местный характер. Изучение характера осложнений у больных с осложненными стриктурами уретры выявило, что чаще осложнения были местного характера 223 (65,7%).

С наибольшей частотой встречались такие осложнения, как циститы 237 (69,9%), пиелонефриты 191 (56,3%), нарушения половой функции 154 (45,5%), образование свищей 60 (17,8%) и простатиты 101 (29,9%).

Характер распределения осложнений был равномерным в обеих группах, включая соотношение выявления свищей, имеющих преимущественное значение в плане оперативного лечения. Так, в контрольной группе наблюдалось 8 (19,3%) больных со свищами а в основной – 7 (18,7%).

Изучение распределения больных в зависимости от степени сужения мочеиспускательного канала показало, что почти все пациенты (97,3%) имели стриктуры, не проходимые для бужей.

Таким образом, анализ результатов изучения распределения больных со СУ по основным классификационным характеристикам заболевания позволил заключить, что основной контингент в нашем исследовании составили больные трудоспособного возраста с посттравматическими стриктурами, преимущественно локализованными в перепончатом отделе уретры, которым было показано оперативное лечение.

Выводы:

1. В настоящее время профилактика и лечение рецидивных стриктур уретры является медико-социальной проблемой.

2. Обширный воспалительный процесс, присутствующий при стриктурах уретры и распространяющийся на парауретральные ткани отягощает течение послеоперационного периода, задерживает репаративные способности раневого участка, способствует развитию рецидивов, что требует более тщательного и серьезного отношения к послеоперационному лечению.

3. Известно, что реакции клеточных мембран на повреждение, механизмы альтерации клеток при воспалительных процессах в основном обусловлены свободнорадикальной агрессией и процессами перекисного окисления липидов и белков важнейших компонентов клеточной стенки, поэтому назначение антиоксидантной терапии является основным компонентом против появления рецидива.

Литература:

1. Баранов С.Д., Суханов С.В. Инвагинация уретры по Соловову у больных с облитерацией задней уретры и малым мочевым пузырем вследствие рака предстательной железы // Урология и нефрология. – 1996. - № 6. – С. 45-48.
2. Камалов А.А., Ковалев В.А., Буров В.Н. Оперативное лечение посттравматических стриктур и облитераций уретры // Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С.565-566.

3. Красулин В.В., Серебренников С.М., Жульнев А.П. Хирургическое лечение стриктур и облитераций уретры. – Ростов н/Д., 1999. – 272 с.
4. Газымов М.М., Семенов Н.С., Ефимов Л.П. Реабилитация больных с травматическим повреждением уретры // Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С.531-532.
5. Long-term evaluation of the treatment results of male urethral stenosis. M. Hermanowicz, J. Massande, D. Rossi et al. // Ann. Urol (Paris). - 1990. – Vol. 24, N 1. – P. 68-72.
6. Koraitim MM Pelvic fracture urethral injuries: evaluation of various methods of management // J. Urol. - 1996. – Vol. 156, N 4. – P. 1288-1291.
7. Andrich D.E., Mundy A.R. Urethral strictures and their surgical treatment // BJU International – 2000. – Vol. 86. – P. 571-580.
8. Шкуратов С.И. Современные способы лечения стриктур уретры. // Урология. – 2002. - № 3. – С. 58-61.
9. Трапезникова М.Ф., Анкудинов А.Г. Функция нижних мочевых путей у больных с травматической стриктурой уретры. // Урология и нефрология. – 1986. - № 1. – С. 35-39.
10. Elliott DS., Barrett DM. Long-term follow-up and evaluation of primary realignment of posterior urethral disruptions // J. Urol. - 1997. – Vol. 157, N 3. – P. 814-816.
11. Ткачук В.Н., Комяков Б.К. Оперативное лечение стриктур уретры // Урология и нефрология. – 1990. - № 6. – С. 59-62.
12. Chalouhy E., Jabbour M., Hrmache K. Management posttraumatic posterior urethral disruption. // J. Medical Libanais - 1997. – Vol. 45, N 4. – P. 201-205.
13. Goel M.C., Kumar M., Kapoor R. Endoscopic management of traumatic posterior urethral stricture: early results and followup // J. Urol. - 1997. – Vol. 157, N 1. – P. 95-97.
14. MartinesCarrancio L., Carimaldi Peres S., CalerasChecci C. Stenosis of the membranous bulbar urethra: our experience in termino-terminal urethroplasty [Spanish] // Actas Urologicas Espanolas - 1998. - Discussion 354. – Vol. 22, N 4. – P. 350-353.
15. Wadhwa S.N., Chahal R., Hemal A.K. Management of obliterative posttraumatic posterior urethral strictures after failed initial urethroplasty // J. Urol. – 1998. – Vol. 159, N 6. – P. 1898-1902.
16. Каримбаев К., Кисалу М., Кагва С. Двухэтапная уретропластика при сложных и осложненных стриктурах уретры // Урология и нефрология. – 1999. - №5. – С. 22-26.
17. Treatment of stenoses of the penile urethra by urethroplasty with dorsal pedicled patch: roofing urethroplasty French A.W. El-Kassaby, M. Fath-Alla, W. Maged, A. Abdel-Aal // Progres en Urologie -1998. – Vol. 8, N 6. – P. 1022-1028.
18. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М., Наука, 1972. – 252 с.
19. Воскресенский О.Н., Ткаченко Е.К. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе пародонтита // Стоматология. – 1991. - № 4. – С. 5-10.