

РОЛЬ МЕСТНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА СТРИКТУР УРЕТРЫ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

М.Б. Абдыкалыков, Т.Э. Тургунбаев, Асилбек уулу У.

Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации им С.Б. Даниярова
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. После оперативных вмешательств по поводу стриктур уретры, несмотря на использования новых, усовершенствованных методов оперативного лечения, частота возникновения рецидивов остается высоким и составляет по различным данным от 12% до 56%. Что может свидетельствовать о наличии дополнительных факторов влияющих на развитие рецидивов. В данной работе представлены результаты наблюдений 340 больных, получавших оперативное лечение по поводу стриктур уретры различными методами. Все они были прооперированы в период от 1991 по 2019 год. Возраст наблюдаемых больных составлял от 15 до 70 лет. Целью работы явилось изучение влияния местных факторов, способных привести к рецидивам стриктур уретры. Для изучения этого вопроса все больные были распределены по возрасту и по давности заболевания. Отдельно проведено распределение по патогенезу, где нами определено количество оперативных вмешательств по поводу рецидивных случаев от общего числа прооперированных пациентов. При изучении осложнений стриктур уретры, осложнений местного характера было больше чем общие осложнения. Это дало на повод сделать вывод, что развитие рецидивов стриктур уретры напрямую может зависеть от местных процессов и реакций, происходящих в уретре при ее стриктуре. А своевременное и правильное воздействие на местные факторы значительно уменьшит количество повторных операций.

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

ЗААРА КАНАЛДЫН СТРИКТУРАСЫ БОЮНЧА ЖАСАЛГАН ОПЕРАЦИЯДАН КӨП УБАКЫТТАН КИЙИН РЕЦИДИВ ПАЙДА БОЛУШУНА СЕБЕП БОЛГОН ЖЕРГИЛИКТҮҮ ФАКТОРЛОРДУН МААНИСИ

М.Б.Абдыкалыков, Т.Э.Тургунбаев, Асилбек уулу У.

С.Б.Данияров атындагы Кыргыз Мамлекеттик кайра даярдоо
жана адистикти жогорулатуу медициналык институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Уретра стриктурасы боюнча жаны жакшыртылган операциялардын колдонулуп жатканына карабастан, уретра стриктурасынын рецидивинин саны даагы эле бийик 12% -56% чейин жетет. Бул кырдаал кошумча себептердин да бар болушун билдирет. Иште заара каналдын кысылышы боюнча операция жолу менен дарыланган 340 бейтаптын байкоо натыйжалары келтирилген. Алардын баары 1991-2019-жылдар аралыгында операция болгон. Байкалган бейтаптардын жашы 15 жаштан 70 жашка чейин болгон. Иштин максаты, уретры стриктурасына алып келишине мүмкүнчүлүк берген жергиликтүү факторлордун таасирин изилдөө болду. Ал үчүн оорунулар жашына жана оорунун узактыгына жараша бөлүштүрүлгөн. Патогенези боюнча өзүнчө бөлүштүрүү жүргүзүлдү, анда биз операция жасалган бейтаптардын жалпы санынан рецидив боюнча операция болгондордун санын аныктадык. Уретра стриктурасынын кабылдоолору изилдөөдө жергиликтүү мүнөздөгү кабылдоолор жалпы кабылдоолорго караганда көбүрөөк болгон. Ошентип, уретралдык

стриктуранын рецидивинин пайда болушу, анын уретрада стриктура маалында болуп жаткан жергиликтүү процесстерге жана реакцияларга түздөн-түз көз каранды болушу мүмкүн деп биз жыйынтык чыгаруудабыз. Ал эми жергиликтүү факторлорго өз убагында жана туура таасир этүү кайталануучу операцияларды кыйла азайтат.

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

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

M.B. Abdykalykov, T.E. Turgunbaev, Asylbek uulu U.

Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training
and Retraining named after S.B.Daniyarov,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. After surgical interventions for urethral strictures, despite the use of new, advanced methods of surgical treatment, the recurrence rate remains high and, according to the data obtained, ranges from 12% to 56%. This may indicate the presence of additional factors influencing the development of relapses. In this work, 340 patients were identified who received surgical treatment for urethral strictures using various methods. All of them were operated on between 1991 and 2019. The age of allergic diseases occurs from 15 to 70 years. The aim of the work was a study related to interests similar to recurrence of urethral strictures. To study this issue, all patients were divided by age and duration of the disease. Separately, accumulation by pathogenesis was carried out, where we determined the number of surgical interventions for relapses associated with a large number of operated patients. With the development of stricture urethra, exacerbations were more pronounced than frequent complications. This made it possible to conclude that the development of recurrence of urethral strictures may be associated with the occurrence of processes and formation that develops in the urethra during its stricture. Accuracy and correct influence on various factors significantly reduce the number of operations.

Keywords: urethral 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 уретры, все же у многих пациентов развиваются стриктуры и облитерация уретры, лечение которых представляет трудную задачу [1-7].

Наряду с тем, что постоянно совершенствуется техника оперативного вмешательства при лечении стриктур

мочеиспускательного канала, разработаны методы уретропластики, внедрены методы эндоскопической реканализации [1,2,4,6-10], 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 [11-15] 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 парауретральные 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 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 местных причин и разработке новых методов ранней послеоперационной реабилитации анастомозированного участка уретры, направленных на улучшение результатов оперативного лечения стриктур уретры и снижения рецидивов.

Цель: изучение местных факторов приводящих к рецидивам стриктур уретры для усовершенствования подходов лечения и снижение послеоперационных рецидивов, а также меры направленные на улучшение качества жизни больных.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 340 больных, находившихся под наблюдением, которые ранее перенесли операции по поводу стриктур уретры в отделениях урологии НГ МЗ КР в период с 1991 года по 2019 год включительно. Все больные мужского пола и возраст их составлял от 15 до 70 лет.

Для решения поставленных задач проводился комплекс исследований, включающий общеклинические, специальные урологические (УЗИ почек, мочевого пузыря и предстательной железы с доплерографией, внутривенная экскреторная урография, урофлоуметрия, уретроцистография, бужирование уретры, рентгенография костей таза) и лабораторные методы исследования (общий анализ крови и мочи, посев мочи и определение чувствительности микрофлоры, гистологическое и бактериологическое исследование резецированного участка уретры). Кроме того, проведен анализ отдаленных результатов проведенного лечения методом опроса и данных клинического обследования.

Состояние уродинамики нижних мочевых путей оценивали по количеству остаточной мочи: при поступлении с помощью УЗИ, перед выпиской и в отдаленных сроках исследования при помощи катетера.

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.

Результаты исследования и обсуждение. 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	12,0	3,5
От 21 до 40 лет	116	34,1
От 41 до 60 лет	172	50,5
Старше 60 лет	40	11,7
Всего	340	100

Среди больных, получавших лечение, 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 заболевания

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	340	100

Мы обратили внимание на особенности клиники 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 были болевой синдром, дизурические явления и сексуальные расстройства.

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 (у всех больных были переломы).

Также нередко имело место стриктуры мочеиспускательного канала ятрогенного характера 67 (19,8%), а стриктура воспалительного генеза выявлено 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 отдела мочеиспускательного канала 13 (3,9%).

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 является травматические повреждения, среди которых поражение перепончатого отдела мочеиспускательного канала носит значительного преобладающий характер.

Изучение распределения больных со стриктурами уретры 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	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 330 (97,3%) имели стриктуры, не проходимые для бужей.

Таким образом, анализ результатов изучения распределения больных со стриктурами уретры 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.

Известно, что реакции клеточных мембран на повреждение, механизмы альтерации клеток при воспалительных процессах в основном расшифрованы. В конечном итоге все они обусловлены свободно радикальной агрессией процессами перекисного окисления липидов и белков важнейших компонентов клеточной стенки

Литература

1. Владимиров Ю., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М.: Наука; 1972. 252 с.
2. Воскресенский О.Н., Ткаченко Е.К. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе парадонита. Стоматология. 1991;4:5-10.
3. Газымов М.М., Семенов Н.С., Ефимов Л.П. Реабилитация больных с травматическим повреждением уретры. Материалы X Российского съезда урологов. М.; 2002:531-532.
4. Камалов А.А., Ковалев В.А., Буров В.Н. Оперативное лечение посттравматических стриктур и облитераций уретры. Материалы X Российского съезда урологов. М.; 2002:565-566.
5. Красулин В.В., Серебренников С.М., Жульнев А.П. Хирургическое лечение стриктур и облитераций уретры. Ростов на Дону; 1999. 272 с.
6. Трапезникова М.Ф., Анкудинов А.Г. Функция нижних мочевых путей у больных с

- травматической стриктурой уретры. Урология и нефрология. 1986;1:35-39.
7. Усунбаев А.Ч., Кузубаев Р.Е. Пластика мочеиспускательного канала у пациентов с проксимальными формами гипоспадии. Вестник КГМА им И.К. Ахунбаева. 2017;3:84-89.
 8. Усунбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Комплексный подход к лечению стриктур уретры, вызванных склероатрофическим лихеном. Здоровоохранение Кыргызстана. 2021;4:54-61.
<https://dx.doi.org/10.51350/zdravkg2021124654>
 9. Усунбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Акылбек С. Заместительная пластика уретры у мужчин со склероатрофическим лихеном. Экспериментальная и клиническая урология. 2022;1:142-147.
<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2022-15-1-142-147>
 10. Шкуратов С.И. Современные способы лечения стриктур уретры. Урология. 2002;3:58-61.
 11. Koraitim MM. Pelvic fracture urethral injuries: evaluation of various methods of management. J.Urol. 1996;156(4):1288-1291.
 12. Andrich DE, Mundy AR. Urethral strictures and their surgical treatment. BJU International. 2000;86:571-580.
 13. Elliot DS, Barret DM. Long-term follow-up and evaluation of primary realignment of posterior urethral disruptions. J.Urol. 1997;157(3):814-816.
 14. Chalouhy E, Jabbour M, Hrmache K. Management posttraumatic posterior urethral disruption. J.Medical Libanais. 1997;45(4):201-205.
 15. Goel MC, Kumar M, Kapoor R. Endoscopic management of traumatic posterior urethral stricture: early results and followup. J.Urol. 1997;157(1):95-97.
 16. Martines Carrancio L, Carimaldi Peres S, Caleras Chessi C. Stenosis of the membranous bulbar urethra: our experience in termino-terminal urethroplasty. Actas Urologicas Espanolas. 1998;22(4):350-353. Spanish.
 17. Wadhwa SN, Chahal R, Hemal AK. Management of obliterative posttraumatic posterior urethral strictures after failed initial urethroplasty. J.Urol. 1998;159(1):1898-1902.
 18. Керимбаев К., Кисалу М., Казва С. Двухэтапная уретропластика при сложных и осложненных стриктурах уретры. Урология и нефрология. 1999;5:22-26.
 19. El-Kassaby AW, Fath-Alla M, Maged W, Abdel-Aal A. Treatment of stenosis of the penile urethra by urethroplasty. Progres en Urologie. 1998;8(6):1022-1028. French.

Для цитирования

Абдыкалыков М.Б., Тургунбаев Т.Э., Асилбек уулу У. Роль местных факторов в развитии рецидива стриктур уретры в отдаленные сроки послеоперационного периода. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2023;3:16-21. https://doi.org/10.54890/1694-6405_2023_3_16

Сведения об авторах

Абдыкалыков Мурадил Барыктабасович - к.м.н., и.о. доцента кафедры урологии с курсом нефрологии и гемодиализа КГМИПКиПК им.С.Б.Даниярова, г.Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: muradil.1701@gmail.com

Тургунбаев Таалайбек Эсенович - к.м.н., доцент, проректор по науке и государственному языку КГМИПКиПК им.С.Б.Даниярова, г.Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: tesenovich@mail.ru

Асилбек уулу Урмат – преподаватель кафедры урологии с курсом нефрологии и гемодиализа КГМИПКиПК им.С.Б.Даниярова, г.Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: urmat.8@inbox.ru