

них бульбурьков – у 29, облитерація – у 8, расширення полостей – у 3 пацієнтів. Предстательная железа уменьшена, при пальпации плотная, гладкая, слизистая оболочка прямой кишки над ней подвижна.

При рецидивных и осложненных травматических стриктурах мочеиспускательного канала нарушается акт мочеиспускания, в результате рефлюкса инфицированной мочи в предстательную железу и семенные пузырьки, в последних в 40% случаев развиваются склеротические изменения, что приводит к нарушению пассажа мочи по верхним мочевым путям и снижению функции почек, вплоть до хронического пиелонефрита (ХПН).

Во время пластики иссекали рубец в мочеиспускательном канале вместе с рубцовыми тканями вокруг нее. При гистологическом исследовании удаленных тканей в них обнаружено замещение паренхимы предстательной железы

коллагеновыми волокнами, характерное для фиброзного процесса.

В патогенезе травматических стриктур мочеиспускательного канала ведущее место принадлежит нарушению акта мочеиспускания. Во время микций в задней части мочеиспускательного канала повышается уретральное давление, возникает недостаточность устьев простатических и семяизвергающих протоков, наблюдается рефлюкс инфицированной мочи в предстательную железу и семенные пузырьки. Воспалительный процесс в предстательной железе и семенных пузырьках распространяется на шейку и дно мочевого пузыря и является причиной застоя мочи в верхних мочевых путях и снижения функции почек. Предупредить эти осложнения можно радикальным иссечением рубцов мочеиспускательного канала вместе со склерозированной предстательной железой.

## Застосування метаболізмкоригувальної терапії в комплексному хірургічному лікуванні хворих на інфравезикальну обструкцію

**К.О. Борисов, Ф.І. Костєв, О.В. Борисов**

Одеський національний медичний університет

Незважаючи на великий арсенал сучасних методів лікування хворих із інфравезикальною обструкцією (ІО) (традиційні хірургічні, малоінвазивні, медикаментозні), інтегративний клінічний та функціональний результат не можна вважати бездоганим.

Складність вирішення цієї проблеми значною мірою зумовлена наслідками довготривалої гіпоксії та глибокими порушеннями енергетичного метаболізму в тканинах детрузора сечового міхура. Наведені дані, а також результати раніше проведених власних досліджень, що свідчать про наявність вихідного зниження відновлювального потенціалу глутатіонової системи в організмі хворих, за якими здійснювали спостереження, стали клініко-біохімічним обґрунтуванням доцільності корекції тіол-дисульфідного статусу хворих з хронічною ІО.

Метою нашого дослідження стало обґрунтування раціональної диференційованої лікувальної тактики у хворих з ІО за наявності біоенергетичних порушень в організмі хворих в цілому та у детрузорі сечового міхура.

Аналіз отриманих нами клініко-біологічних даних дозволяє зробити низку узагальнень. Так, у хворих з ІО спостерігається істотне порушення тіол-дисульфідної системи в тканинах сечового міхура та в організмі в цілому. Про це свідчить суттєве зниження вмісту тіолових груп білків у крові, а також, за даними поглиблених біохімічних досліджень, у сечі та у тканинах детрузора сечового міхура.

У хворих виявлено зниження відновлювального потенціалу глутатіонової системи на тлі пригнічення активності ферментів, що забезпечують окиснювально-відновні перетворення глутатіону і регенерацію окиснених тіолових груп білків (глутатіон-редуктаза, глутатіон-S-трансфераза). Виявлені нами порушення тіол-дисульфідної системи грають важливу роль у реалізації біоенергетичних процесів і транспортних мембранних реакцій. Зазначене слід розглядати як важливу патогенетичну ланку пригнічення функціональної спроможності детрузора сечового міхура.

Установлені біохімічні порушення тіолової системи значною мірою корелюють з патохімічними показниками (рівень загального білка в сечі хворих із ІО).

Використання нами в комплексному хірургічному лікуванні метаболізм-коригувального препарату Кудесан Q<sub>10</sub> дозволило значною мірою знизити рівень порушень тіол-дисульфідного обміну та підвищити відновлювальний потенціал глутатіонової системи в організмі хворих з інфравезикальною обструкцією. Одночасно встановлено, що у хворих досліджуваної групи за умов проведення метаболічної корекції перебіг післяопераційного періоду був більш сприятливим, а відновлення функціональної спроможності детрузора сечового міхура та усунення проявів синдрому нижніх сечових шляхів відбувалося у більш ранні строки спостереження.