

616.643-002-06-08

LÉČENÍ URETRITID A JEJICH KOMPLIKACÍ

Podplukovník MUDr. Vladimír BURDA, MUDr. Jiří UVÍZL,
kožní oddělení vojenské nemocnice v Olomouci.
K 80. narozeninám plk. MUDr. Vladimíra Hájka

Velký počet nespecifických onemocnění vývodných močových cest a dosud trvající obtíže při stanovení správné etiologické diagnózy a vhodného léčebného postupu tvoří z uretritid a jejich komplikací aktuální problém našeho oboru.

V dělení uretritid není dosud jednotné hledisko. Z našich autorů především Kočvara dělí onemocnění na

1. uretritidy venerické,
2. uretritidy nevenerické infekční:
 - a) primární — infekce primárně postihující močovou trubici,
 - b) sekundární — infekce přecházející na uretru z jiného orgánu,
3. uretritidy nevenerické neinfekční:
 - a) alergické,
 - b) metabolické,
 - c) z chron. překrvení.

Cizí autoři užívají dělení:

1. primární uretritidy:
 - a) traumatické, mechanické, termické a chemické,
 - b) infekční (bakterie, trichomonády, plísňe, viry, L-organismy a L-formy),
 - c) alergické;
2. sekundární:
 - a) uretritidy při jiném onemocnění močové trubice,
 - b) uretritidy při prostatitidách, prostatovizikulitidách apod.,
 - c) uretritidy při jiných celkových onemocněních.

Jednotlivé patogenetické skupiny v uvedeném dělení jsou téměř shodné. Primární traumatické uretritidy (onemocnění vyvolaná mechanickým drážděním, nevhodně prováděnými nebo opakovanými instrumentálními zákroky, močovými kameny nebo častými expresemi močové trubice apod.) nevyžadují zpravidla zvláštní léčebná opatření a odeznívají většinou po přerušení nebo odstranění vyvolávajících příčin. Podobné poměry jsou i u chemických a termických uretritid.

U primárně infekčních uretritid není dosud prokázáno, které infekční agens je patogenní. Všeobecně se uznává, že bakteriální kmeny vypěstované z uretry při jejím zánětu jsou převážně saprofytické a neliší se od normální flóry močové trubice. Podle Röckla lze uretritidu považovat za bakteriální jen tehdy, prokážeme-li bakteriální flóru v čisté kultuře, podle Kočvary je rozhodující počet vypěstovaných mikrobu (metoda kvantitativního bakteriol. vyšetřování).

Z plísňových infekcí se uplatňuje kvasinková nákaza v průběhu diabetu.

Ze skupiny virů je to Chlamydozoon oculo-genitale, který může být původcem mužské uretritidy. Nepodařilo se jej dosud vypěstovat na půdách, ale pro jeho existenci svědčí inkluze v plazmě epitelů. Význam L — organismů a L — forem bakterií v patogeneze uretritid je sporný. Avšak i zde byly podány určité experimentální důkazy, zejména jejich kultivační nálezy v punktátech kloubů osob postižených Reiterovým syndromem. Trichomonas vaginalis je stejně jako bakteriální flóra dosti obligátním nálezem při uretritidách. Jeho význam se však přeceňuje. Často se nachází i u zdravých mužů, většinou však jde jen o nosičství nebo nahodilý nálezy. Jen tam, kde je nalezen opakovaně a ve větším množství, lze mluvit o trichomonádové etiologii zánětu.

Alergické uretritidy bývají vyvolány různými léky, potravinami apod. látkami. Dokladem alergické geneze zánětu bývá někdy podle Porudominského současný výskyt jiných alergických projevů (ekzém, astma aj.).

Sekundární záněty močové trubice nacházíme u striktur a divertikulů, při balanopostitidách, u kondylomat, papilomů a při onemocnění spojeném s celkovou ochablostí organismu.

Z hlediska etiopatogeneze většina autorů (Kočvara) vyzdvihuje moment prochlazení s následným překrvením v oblasti urogenitálu. Tyto stavy mohou vést k ascenzi infekce od zevního ústí výše do uretry a usnadňují i hematogenní zachycení infekčního agens v prostatě. Při ascenzi infekce po prochlazení uplatňuje se pokles přirozené odolnosti sliznice uretry a současně, jak tvrdí někteří autoři, zvyšuje se za těchto okolností virulence mikrobu, saprofytický žijících v uretře. K překrvení pánevní oblasti může vést i sedavý způsob života, některé sporty (cyklistika, jízda na koni apod.), takže i tyto momenty mohou přispět ke vzniku zánětu močové trubice, event. prostaty. Jako podpůrný činitel se při vzniku zánětu močových cest uplatňuje stupeň celkové odolnosti organismu.

Klinická symptomatologie, která ovládá obraz nespecifických uretritid a prostatitid, je všeobecně známá.

Nejčastější klinickou formou je urethritis catarrhalis simplex s krátkým průběhem a diskrétními příznaky.

Důležitým typem onemocnění z terapeutického hlediska je postgonorhoická uretritida, podmíněná asi smíšenou infekcí bakterií a L-organismů nebo jen L-organismy.

Velkou skupinu tvoří Waelschova subakutní abakteriální uretritida, vyskytující se podle mínění některých autorů ve 40—80 % všech uretritid. Původcem onemocnění jsou pravděpodobně filtrabilní mikroorganismy, hlavně L-organismy.

Početnou skupinu tvoří bakteriální záněty a konečně trichomonádové uretritidy se svým více méně charakteristickým sekretem.

Uvedené formy onemocnění představují nejčastější zdroj potíží nemocných. Jejich ošetřování je spojeno se značnými potížemi a vyžaduje mnoho trpělivosti u lékaře i nemocného. Nepříjemnou komplikací bývají neurastenické obtíže s projevy ve sféře sexuální, přidružující se k dále trvajícím základnímu onemocnění jako orgánová neuróza. Ta někdy ovládá nemocného tak, že vlastní základní onemocnění ustupuje do pozadí. Vzniku tohoto stavu napomáhá někdy léčebná polypragmatie. Tyto okolnosti nutí lékaře k hledání nových a účinnějších léčebných metod.

Nový a celkem slibný aspekt v tomto směru ukazuje Kočvarova metoda lokální aplikace antibiotik do močové trubice.

Metoda vychází z klinických zkušeností léčení uretritid a jejich komplikací celkovým podáváním antibiotik. Hladina takto podaných antibiotik (ATB) je v moči dosti vysoká, aby potlačila čerstvou infekci v urogenitálním traktu. Nepostačí však u starých vleklých procesů. Klinické příznaky po celkově podaných ATB mnohdy ustoupí, ale v krátké době dochází k recidivám. V chronicky změněných tkáních poruchy prokrvení brání dosažení účinné hladiny ATB při jejich celkovém podání. Byly proto hledány nové léčebné metody, které by ovlivnily i vleklé, ohraničené formy zánětu. K tomu cílí Kočvara propracoval a u mnoha nemocných úspěšně vyzkoušel léčbu uretrogelem, kterou jsme zavedli také na našem oddělení.

Kritéria úspěšné léčby uretrogelem (podle Kočvary):

1. volba ATB podle citlivosti bakter. kmene,
2. způsob uvedení ATB do styku s mikroblem,
3. dostatečně dlouhé působení ATB na původce onemocnění.

Ad 1. V etiologické léčbě činí potíže odlišení saprofytů od patogenních kmenů. Různé metody k tomu cílí zavedené selhávají. Kočvara se pokusil řešit tuto otázku kvantitativním bakteriologickým vyšetřováním moče.

Ad 2. Při celkovém podávání ATB možno mikroby nebo viry v urogenitálním traktu účinně zasáhnout ATB vylučovanými močí. Jejich zvýšeného efektu se dosahuje častějším močením, podmíněným hojným přívodem tekutin. Ale ani tento způsob nezaručí plný léčebný úspěch. Do chronicky zánětlivě změněných tkání se ATB nedostane ani tímto způsobem, ani hematogenní cestou. Titrací exprimátů některých urogenitálních žláz byla prokázána nízká hladina ATB hluboko pod prahem účinnosti (Kočvara), nehledě

k tomu, že infekce, skrytá v lakunách a záhybech sliznice močové trubice je celkově podaným ATB těžko dostupná. Z těchto důvodů je plně oprávněna metoda místní aplikace ATB, která podle našeho soudu je indikována také proto, že kromě účinných látek v uretrogelu se uplatňuje do určité míry i moment roztažení uretry pod tlakem vpravování gelu a vede k proniknutí léku až k infekčnímu agens v řasách, záhybech, lakunách apod. V nemalé míře se uplatňuje i vazokonstrikční účín Sanorinu, který podstatně snižuje zánětlivé překrvení sliznice. Účinnost metody se zvětšuje přidáním hyázy k uretrogelu v množství 1 ml před vpravením do močové trubice. Uvolňuje se tím bariéra tkání, čímž se umožňuje pronikání a šíření přípravku v tkáních.

Ad 3. Dlouhodobý účín ATB na infekční agens je do určité míry podmíněn i samým pacientem. Při správné přípravě a ukázněnosti nemocného možno počítat až s pětihodinovým ponecháním a působením léku v uretře, což je podle Kočvary dostatečně dlouhá doba k dosažení terapeutického účinku.

Látku vpravovanou do močové trubice označil Kočvara jako uretrogel.

Předpis uretrogelu:

Terramycini		
Seu Oxymycoini (nebo jiné ATB dle citlivosti)		
Sanorini	aa	5,0
Benzocaini		10,0
Sol. karboxymethylcelulosae	4,2 %	500,0

Karboxymethylcelulóza jako vehiculum uretrogelu je ve vodě rozpustná látka [gel], má dobrou přilnavost ke stěnám a co nejdůležitější — ani po delší době působení nedráždí. Aplikována do uretry zvolna se rozpouští a uvolňuje postupně inkorporované látky.

Způsob aplikace je jednoduchý. Před zákrokem se nemocný vymočí, položí se do vodorovné polohy s mírně pokrčenými koleny. Ústí uretry včetně okolí se očistí, nejlépe oxycyanátem. V sulcus coronarius si nemocný připraví mulový pásek, který si ke konci zákroku utáhne tak, aby vpravovaná látka z močové trubice nevytekla. Mnohem výhodnější než mulová páska je svorka na penis. Práce se svorkou je jednodušší, a co je nejdůležitější, uzávěr svorkou je nebolestivý, přičemž komprese je natolik dostatečná, že preparát nevytéká.

Uretrogel se vpravuje do močové trubice Janetovou stříkačkou v množství 25—30 ml a k němu se podle originálního postupu těsně před aplikací přidává 1 ml hyázy [z důvodů výše uvedených]. Pro snazší manipulaci a také proto, aby uretrogel chladem nedráždil, se před aplikací mírně ohřívá. Po ohřátí je tekutější, snáze se vpravuje. Instilujeme velmi pomalu jedenkrát denně do celkového množství 10—12 náplní a doporučuje se ponechat náplň v uretře nejméně 4—6 hodin i více. U zastaralých případů doporučuje Kočvara vpravit do uretry před zákrokem na 10 minut 1% vodný roztok trypsinu a pak teprve uretrogel.

Nemocní snášejí aplikaci dobře. Výjimku činí první podání a pak pacienti nervově labilní, kteří pocity tlaku vyvolané vpravováním látky obyčejně zveličují a popisují jako nepříjemné senzace.

Vlastní pozorování

Za poslední čtyři léta — od roku 1961 do 1964 — jsme léčili 80 osob s onemocněním vývodných cest močového ústrojí. Ze sledovaného počtu bylo:

- 72 uretritid,
- 3 uretritidy s prostatitidou,
- 5 prostatitid.

U všech sledovaných nemocných bylo prováděno kromě základních vyšetření i mikroskopické a bakteriologické vyšetření sekretu močových cest včetně prostatického exprimátu.

Mikroskopické vyšetření bylo prováděno orientačně k předběžné diferenciaci bakteriální flóry se zaměřením na gonokoky a v nativních preparátech se zaměřením na trichomonády.

Bakteriální kultivace — důležitý činitel etiologické léčby, byla prováděna původně kvantitativní metodou (podle Kočvary). Kvantitativní způsob vyšetřování moče pro svoji náročnost a hlavně nízkou přesvědčivost se v naší praxi neosvědčil, a proto započato znovu s rutinním bakteriologickým vyšetřením sekretu močových cest a uváděním citlivosti zjištěné bakteriální flóry na ATB. K vyloučení omylů a upřesnění výsledků byla v pochybných případech kultivace opakována. Opakovaně negativní kultivační nález stejně jako nález saprofytů v ojedinělých koloniích (při kvantit. vyšetření moče) byl považován za projev infekční abakteriální uretritidy podmíněné viry, L-organismy a L-formami.

Z uvedeného počtu 80 nemocných:

- u 48 osob byla prokázána kultivací bakteriální flóra, kterou možno považovat pro masivní nález a koagulační aktivitu za patogenní,
- u 25 nemocných byl kultivační nález i po opakování neprůkazný (v ojedinělých koloniích smíšená streptokoková a stafylokoková flóra, ojediněle micrococcus epidermidis a v polovině případů bakteriální kultivace opakovaně negativní),
- u 6 nemocných nalezeny ve větším množství trichomonády.

Léčebný postup u sledované sestavy vypracován a uskutečněn na základě výsledků vyšetření s přihlédnutím k anamnéze.

Skupinu 48 nemocných — uretritid s prokázanou bakteriologickou etiologií jsme léčili jednak celkově podávanými ATB, jednak chemoterapeutiky (Spofadazin, Furantoin) a močovými dezinficienciemi.

Z ATB jsme podávali:

- u 7 osob Aureomykoin,
- u 9 osob Oxymykoin,
- u 3 osob PNC a STM,
- u 7 osob PNC,
- u 6 osob Chloramfenicol.

Širokospektrá antibiotika jsme podávali v množství 12—15 g na celou léčbu, PNC aplikován (výlučně parenterálně) v množství 3—6 mil. j. Nejlepší léčebný efekt u této skupiny jsme zaznamenali po Chloramfenikolu. Druhého nebo třetího dne byl nemocný prakticky bez obtíží, rovněž i objektivní příznaky rychle ustupovaly. Selhávání léčby v této skupině jsme nepozorovali. U dvou nemocných došlo po krátké remisi k recidivě. Dobré léčebné výsledky si vysvětlujeme tím, že šlo většinou o akutní, anamnesticky krátkou dobu trvající onemocnění na dosud in-taktním terénu.

Ze 6 trichomonádových uretritid 3 ustoupily po 3% vodním roztoku atebriu (jako cytostaticum) v místních instilacích. U zbývajících tří nemocných choroba zůstala touto léčbou neovlivněna.

Středem našeho zájmu byla skupina zbývajících 25 nemocných ze sledované soustavy. Do této skupiny bylo zařazeno 17 vleklých uretritid, 3 uretritidy s prostatidou, 5 vleklých prostatitid.

Tato skupina je zajímavá nejen svými kultivačními nálezy (viz shora), nýbrž i svým průběhem. Jednalo se o pacienty s dlouhodobými, mnohdy i několikaletými obtížemi, které byly dosud bezvýsledně léčeny všemi používanými metodami, včetně intraprostatických injekcí PNC.

V popředí subj. potíží pacientů bylo pálení a svědění v močové trubici, objevující se na konci močení i mimo močení s častějším nucením na moč — s pollakisurií. V menším počtu, převážně u prostatitid, byly uváděny nepříjemné pocity — jako tlak až bolest na perineu, šířící se do okolí. U této skupiny realizován tento léčebný postup:

U šesti osob, u nichž do té doby nebyla prováděna léčba ATB, léčebný rozvrh zredukován jen na místní podání ATB v uretrogelu. Protože léčba byla plně úspěšná, upustilo se od celkové aplikace ATB. U ostatních nemocných byla místní léčba buď hned při zahájení léčby nebo až v jejím průběhu doplněna o celkově podávaná ATB. Rozhodujícím činitelem byla podrobná analýza případu po všech stránkách, včetně neuropsychického stavu. Technika aplikace uretrogelu byla stejná jak uvedeno shora. Před vpravováním uretrogelu nebyl však prováděn výplach uretry destilovanou vodou a nebyl podáván ani trypsin, ani hyáza. Uretrogel se vpravoval jedenkrát denně po předchozím ohřátí — celkově 10 až 12 náplní. Uzávěr uretry mulem nahrazen svorkou na penis.

Jako ATB zpočátku použito neomycinu, později oxymykoinu. Oxymykoinu jsme začali častěji používat pro předpokládaný širší účinek na bakteriální flóru.

Léčba byla vesměs všemi nemocnými dobře snášena, vedlejší účinky nebo komplikace jsme nepozorovali. Citlivější a úzkostlivější nemocní při první náplni projevovali nelibost z tlaku v uretře. Snížením množství náplně při počátečních aplikacích i tyto potíže vymizely.

U 19 osob místní léčba ATB v uretrogelu doplněna celkově podanými léky, u 10 osob oxymykoin v celkové dávce 15 g, u 3 osob Chloramfenikol ve stejných dávkách, 1 nemocný dostal 15 g Aureomykoinu, 1 nemocný 5 miliónů jednotek PNC a 7 g STM a 2 nemocným aplikován jen PNC v množství 6 a 8 mil. jednotek.

U dvou nemocných byla místní léčba ATB rozšířena o tablety Flagylu. Výsledky léčby uvedené v sestavě u 25 nemocných byly přesvědčivé. Zhojení nastalo u 18 osob, z toho bylo 12 uretritid, 3 uretritidy s prostatitidou a 3 prostatitidy. K zlepšení došlo u 3 uretritid, recidiva nastala u 2 uretritid a 2 prostatitid.

Hodnocení prováděno v jednorocním až dvourocním časovém odstupu. Za uzdravené považování ti nemocní, u nichž došlo k úplnému vymizení subjektivních i objektivních příznaků.

Jako zlepšený byl charakterizován stav u těch nemocných, u nichž odezněly sice příznaky choroby, občas se však projevovaly diskrétní potíže, mizící spontánně po zavedení správné životosprávy. Recidivy se objevily po kratší době bezpříznakovosti (v rozmezí 2—4 týdnů) a vyznačovaly se dalším trváním obtíží i po opakování kombinované léčby, u jednoho nemocného dokonce v nezměněné formě. Řešení recidiv vyžaduje komplexnější přístup — kombinaci léčeb-

ných a etiologicko-preventivních opatření, která je nutno volit vždy podle povahy onemocnění a někdy i za přispění jiných odborníků (urologa, internisty i psychiatra).

Závěr

Místní léčbou ATB ve formě uretrogelu, event. v kombinaci s celkovým podáním ATB jsme dosáhli dobrých výsledků u onemocnění urogenitálního traktu, která dosud vzdorovala běžným léčebným zákrokům. Výsledky námi dosažené jsou shodné i s jinými pracovišti. V naší sestavě, která nebyla početně tak velká, činilo procento zhojených 72 %, zlepšených 12 %, k recidivám došlo v 16 %. Kočvara ve své mnohem početnější sestavě uvádí až 80 % vyhojení.

Tato metoda je dalším obohacením léčby našeho oboru a zasluhuje plnou pozornost a širší uplatnění v praxi.

Literatura

1. Kočvara: Urethritis, prostatitis a jejich komplikace, 1961.
2. Fleck, F., Fleck, M.: Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten 1962, str. 341—352.
3. Röckl, H., Th. Nasemann und Stettwiesen: Untersuchung zur Pathogenität der PPL0 im Urogenitaltrakt des Menschen, mit besonderer Berücksichtigung der unspezifischen Urethritis. Hautarzt 5, 1954, 8.
4. Pačes: Alergie a močová soustava. Čs. dermat. XXXVI-8, 1961, str. 357—362.
5. Hübschmann - Gawalowski - Procházka - Obrtel: Venerologie 1959, str. 430—439.