

Кафедра урологии и оперативной
нефрологии медицинского
факультета РУДН

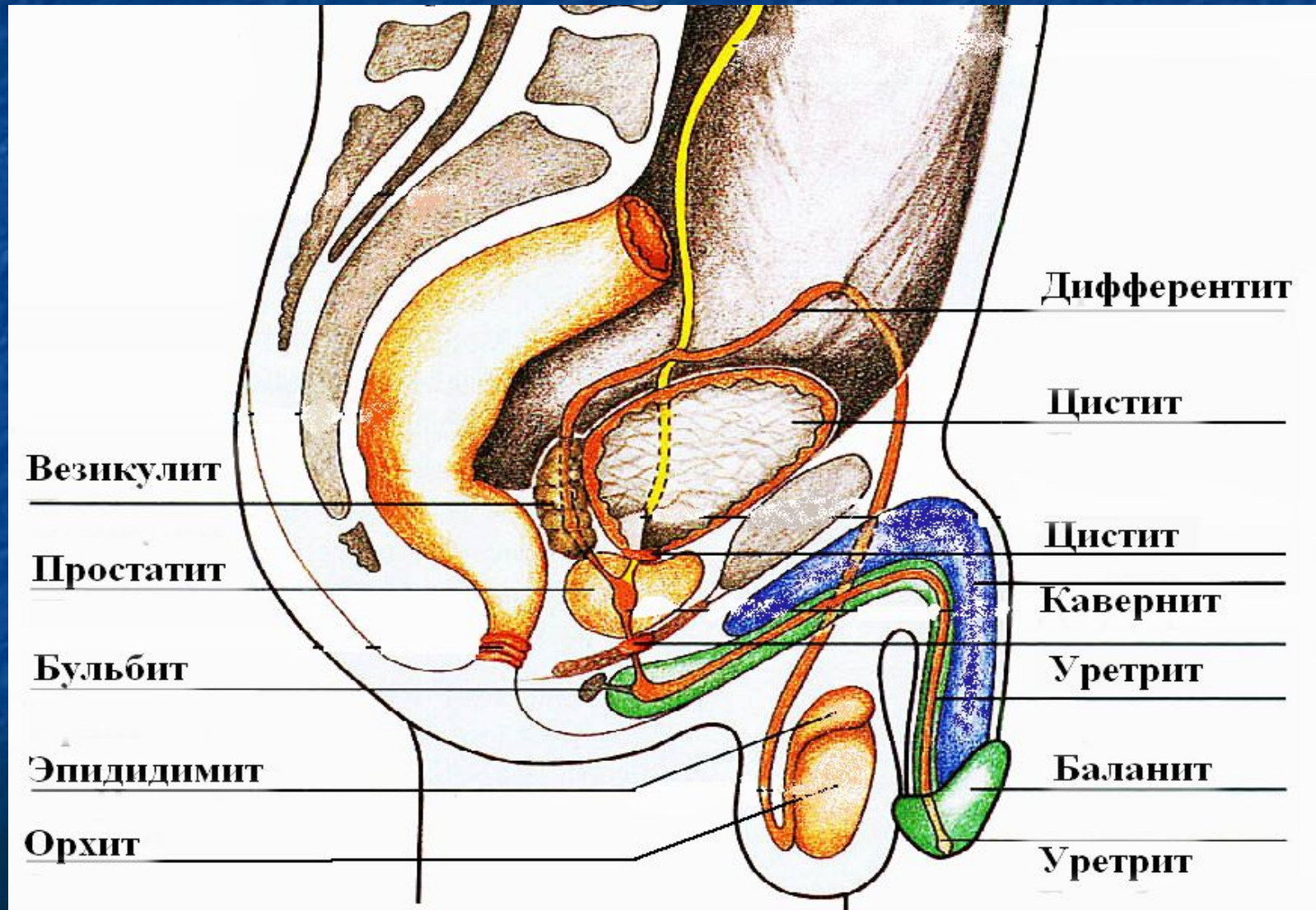
Неспецифические
воспалительные заболевания
мочеполовой системы

Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы



- Наиболее часто причиной поражения верхних мочевых путей, мочевого пузыря и паранефрия являются грамотрицательные палочки и стафилококки

Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы



Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы – клинические формы

- **Острая форма** – впервые возникшее, не имеющее органических или функциональных оснований заболевание. Обычно связано с повышенной вирулентностью микрофлоры либо запредельным воздействием среды
- **Хроническая форма** – по клиническим проявлениям во время обострения зачастую неотличима от острой. Однако повторный характер течения позволяет думать о формировании поддерживающего заболевание механизма:
 1. Неправильное лечение (в том числе самолечение)
 2. Аномалии развития, приобретенные органические нарушения (обычно нарушающие нормальный отток мочи, семенной жидкости, кровотока)
 3. Функциональные нарушения в органах МПС (гормональные изменения, атонии). Здесь также важную роль играет нарушение оттока жидкостей организма.
- **Первичная форма** – возникает как гематогенный, реже лимфогенный занос инфекции из отдаленного от мочеполовой системы очага. (панариций → пиелонефрит, паротит → орхит)
- **Вторичная форма** – возникает как переход инфекции из одного участка мочеполовой системы в другой (цистит → пиелонефрит, уретрит → эпидидимоорхит)

ПИОНЕФРОЗ – УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ

- Нарушение оттока мочи из почки в мочевой пузырь:
 1. Мочекаменная болезнь
 2. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
 3. Дистопия почки
 4. Стриктуры, сдавления мочеточника
- Пиелонефрит

Пионефроз

- **Диагностика**
 1. **Тупая боль в пояснице, помутнение мочи (при обострении боли усиливаются, повышается температура тела, моча часто становится прозрачной)**
 2. **Прощупывается умеренно болезненная, плотная, малоподвижная почка (при обострении почка резко болезненна)**
 3. **Отсутствие функции при экскреторных урографии**
 4. **Большая полость с резким истончением паренхимы при УЗИ**
 5. **Признаки калькулезного пиелонефрита на обзорной урограмме (тени конкрементов, «вертикальная почка»)**
 6. **При хромоцистоскопии отмечается быстрое помутнение промывной жидкости, из устья мочеточника выделение гноя по типу пасты из тубика.**
- **Лечение**
 1. **Нефрэктомия, нефруретерэктомия (метод выбора)**
 2. **Открытая или пункционная нефростомия (в случае тяжелого состоянии больного)**

Паранефрит – истоки и исходы

Причинами паранефрита может быть:

- Переход инфекции с почки на паранефрий
- Травма почки – гематома паранефрия – нагноение (острое течение) либо организация (хроническое) гематомы
- Переход инфекции с соседнего органа (абсцесс легкого, параколит, аппендицит, параметрит)
- Мочевые затеки, гематомы после оперативных вмешательств

При паранефрите возможны следующие исходы:

- Обратное развитие (при правильном лечении)
- Нагноение (с возможным прорывом в мочевой пузырь, прямую кишку, плевральную полость, чашечно-лоханочную систему, подкожную клетчатку поясничной области)
- Склерозирование паранефрия (хронизация процесса)

Диагностика и лечение паранефрита

Диагностика

- Повышение температуры тела до 39-40, озноб, общее недомогание.
- Боль в пояснице, защитное мышечное напряжение и припухание в поясничной области на стороне поражения, псоас-симптом и сколиоз поясничного отдела позвоночника.

Местные изменения появляются только через 3-4 дня

При обзорной урографии – сколиоз поясничного отдела позвоночника, отсутствие контура поясничной мышцы на стороне поражения

- При экскреторной урографии на вдохе и выдохе – резкое ограничение подвижности почки в сравнении с противоположной
- При УЗИ – очаги гипоэхогенной структуры в паранефрии (при хроническом течении неоднородность эхоструктуры)

Консервативное лечение (острый серозный паранефрит, хронический паранефрит не осложненный нефрогенной гипертензией)

- Включает: антибактериальные, противовоспалительные, рассасывающие препараты.

Оперативное лечение (острый гнойный паранефрит, хронический осложненный паранефрит)

- Широкое дренирование паранефрального пространства

Объем вмешательства решается интраоперационно!!!

ЦИСТИТЫ – ИСТОКИ И ИСХОДЫ

Циститом болеют преимущественно женщины

- Цистит – сочетание нескольких факторов
- 1. Вирулентная инфекция (обычно кишечная флора, реже встречаются *Candida*, внутриклеточные микроорганизмы) + стресс (переохлаждение, нервное перенапряжение)
- 2. Врачебные манипуляции (эндоскопия, катетеризация, облучение, химиотерапия)
- 3. Подпузырное нарушение оттока мочи (стенозы, гипертонус сфинктера)
- 4. Короткая и широкая уретра, близость влагалища к прямой кишке
- 5. Аутоиммунная агрессия (интерстициальный цистит)

Острые проявления цистита имеют несколько исходов

1. Полное выздоровление (при действии только первых двух факторов)
2. Хронизация процесса (при неверном лечении, при наличии анатомических или функциональных предпосылок - см. выше) → сморщивание мочевого пузыря с клиникой неудержания мочи (микроцистис)

ЦИСТИТЫ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

- В анамнезе – переохлаждение, инструментальное вмешательство, коитус.
- Частое, болезненное, малыми порциями мочеиспускание, боли в области живота, терминальная гематурия, помутнение мочи.

Выраженность жалоб зависит от остроты процесса!!!

- Болезненность в надлобковой области, лейкоцитурия, эритроцитурия.

Цистоскопия высоко информативна, однако в острый период не проводится. Используется в диагностике хр. форм.

УЗИ, рентгенография – лишь вспомогательные методы – уточняют способствующие факторы и осложнения

Лечение направлено на устранение действия факторов патогенеза

1. Санация нижних мочевых путей (антибиотики, антисептики)
2. Противовоспалительная терапия (НПВС, инстилляции с глюкокортикоидами, лазерное облучение)
3. Хирургическая или лекарственная коррекция нарушения оттока мочи из нижних мочевых путей (празозин при ДСА, денервация мочевого пузыря, цистрезекции и цистэктомии)

Уретриты – причины и последствия

Уретритом болеют преимущественно мужчины!

1. **Причина №1 – это инфекция** передаваемая половым путем (бактерии, особенно кокки, хламидии, гонококки, уреаплазмы, гарднереллы, кандиды и т.д)
2. Травма уретры (инородные тела, эндоскопические манипуляции, открытые травмы)
3. Аллергические реакции

Уретриты могут завершиться по разному:

1. Полное выздоровление (при правильном лечении)
2. Хронизация (при не леченных, неправильно леченных и само леченных) Хроническое течение неизбежно приводит к осложнениям:
 - Стриктуры уретры, каверниты
 - Восходящее инфицирование (простатиты, везикулиты, эпидидимоорхиты, значительно реже циститы) с последующим развитием **мужского бесплодия**

Уретриты – диагностика и лечение

- Острый уретрит проявляется: обилием выделений из уретры, ярко-красные и отечные губки уретры, жжение и режущие боли при мочеиспускании при поражении передней уретры, при поражении задней - учащенное мочеиспускание, терминальные боль и гематурия.
- Хронический уретрит проявляется: дискомфорт и зуд в области уретры. Выделений нет. **Клиника очень скудная!!!**
- Бактериоскопия – определение бактерий и простейших
- Посев культур – то же + определение крупных внутриклеточных.
- Серологические реакции (вирусы, хламидии, уреоплазмы и прочие внутриклеточные паразиты)

Лечение уретритов зависит от типа воспаления:

1. Комбинированные этиотропные препараты (антибиотики, антимикотики, противовирусные препараты.

Для лечений острых форм этого обычно бывает достаточно.

Однако при хроническом течении добавляются:

- Иммунотерапия (пирогенал, гоно-, стафилококковые вакцины)
- Противовоспалительные (НПВС, антигистаминные препараты, лазерное облучение.

Простатит – причины и исходы

■ В основе простатита лежит сочетание двух факторов:

1. Инфекция(передний уретрит/цистит/пиелонефрит→задний уретрит→простатит; ангина →бактериемия→простатит; бужирование/катетеризация→травмирование→простатит)

2. Венозный застой в железе (длительная езда на машине, переохлаждение ног, прерванный половой акт, алкоголь)

■ Результатом поражения железы может явиться

1. Полное излечение (при правильном лечении)

2. Нагноение с абсцедированием, развитием парапростатита

3. Флебит парапростатического венозного сплетения.

4. Хронизация процесса (обычно при некорректной терапии) с дальнейшим исходом в мужское бесплодие, развитием импотенции

Частота острого простатита снижается, а хронического – нарастает!!

Простатит - диагностика и лечение

- Повышение температуры тела с потрясающим ознобом (или без при хроническом течении), боль в области ануса, чувство давления в прямой кишке, затрудненное и учащенное, болезненное мочеиспускание
- Предстательная железа увеличена, с плотными очагами, при остром течении болезненна, с участками резко болезненного уплотнения, участками размягчения. В анализах мочи и крови – лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, пиурия, бактериурия (не информативны при хр. течении)
- При УЗИ – увеличение железы, неоднородная эхоструктура, гипоэхогенные участки при остром и гиперэхогенные участки при хроническом течении

Лечение обязательно проводится под лабораторным контролем

1. Антибиотики (контроль посева мочи)-тетрациклины, аминогликозиды
2. Противовоспалительное лечение (аспирин, амидопирин)
3. Местные физиопроцедуры (сидячие ванночки, микроклизмы, массаж предстательной железы, лазеротерапия)
4. Операция-вскрытие абсцесса, ТУР шейки мочевого пузыря, простаты, пр.

Везикулит – причины, результаты

- Везикулит является частым спутником простатита.

По сравнению с предстательной железой, семенные пузырьки реже вовлекаются в воспаление, еще реже диагностируются; однако бесплодие – обычное следствие везикулитов!!!

- В основе везикулита также лежит сочетание двух факторов:

1. В первую очередь это нарушение эвакуации секрета (длительная езда на машине, переохлаждение ног, прерванный половой акт, алкоголь)

2. Инфекция(передний уретрит/цистит/пиелонефрит→задний уретрит→везикулит; ангина →бактериемия→везикулит)

- Результатом поражения семенных пузырьков может явиться

1. Полное излечение (при правильном лечении)

2. Хронизация процесса (обычно при некорректной терапии) с дальнейшим исходом в мужское бесплодие.

Везикулит – диагностика, лечение

- Боль над лобком, с иррадиацией в яички, усиливается при наполнении мочевого пузыря, эпизоды сперматической колики – интенсивная боль над лобком, в промежности, яичках в момент эякуляции.
- Ректально(на корточках, садясь на палец): болезненность и расширение семенных пузырьков
- При УЗИ: увеличение семенных пузырьков, отшнурованные кистозные полости
- Лабораторное исследование: гемоспермия, в секрете пузырьков - повышенное содержание лейкоцитов, эпителия, метаплазированные клетки.
- При трансректальной везикулографии: исчезновение крипт, увеличение размеров.
- Антеградная везикулография(для исключения других причин нарушения прохождения секрета): отсутствие изменений семявыбрасывающего сосочка, семявыносящего протока.

Лечение преимущественно консервативное!

1. Антибиотики, уросептики.
2. Физиотерапия (лазеротерапия, ионофорез, узи-форез и т.п)

Эпидидимиты, орхиты - истоки и исходы

- Инфекция (бактерии, особенно кокки, хламидии, гонококки, уреаплазмы, гарднереллы, кандиды, вирусы;

Яичко поражается гематогенно, придаток – каналликулярно.

- Травма (в том числе и хроническая при гидроцеле)
- Острые нарушения кровообращения (перекруты гидатид, неполный перекрут яичка), венозный застой (варикоцеле)
- 1. Спермостаз

Исходы воспаления:

1. Полное выздоровление (при правильном лечении)
 2. Нагноение тканей (абсцессы, образование свищей мошонки)
 3. Хронизация (при не леченных, неправильно леченных и само леченных) Хроническое течение неизбежно приводит к осложнениям:
- Атрофия яичка, нарушение проходимости по семенным, канальцам придатка с последующим развитием **мужского бесплодия**

Эпидидимиты, орхиты – диагностика и лечение

1. Повышение температуры тела до высоких цифр, увеличение соответствующей половины мошонки и боли в ее органах с иррадиацией в крестец, поясницу.
2. Мошонка ассиметрична, увеличена в размерах, кожа гиперемирована, складчатость нарушена. Пальпация болезненна, органы мошонки резко увеличены, семенной канатик утолщен, возможна флюктуация.
При хронических формах клиника стерта!!!
3. Диафаноскопия – жидкость в оболочках яичка.
4. УЗИ – гипоэхогенные структуры паренхимы при остром и гиперэхогенные, неоднородные структуры при хроническом течении, наличие водянки оболочек яичка, нарушения кровообращения.

Лечение включает:

1. Возвышенное положение мошонки
2. Этиотропное лечение (антибиотики, некрэктомия)
3. Противовоспалительные препараты (НПВС, антигистаминные препараты, физиотерапия на органы мошонки)

и лечение

1. Нечистоплотное содержание препуциального мешка
 2. Фимоз
 3. Сахарный диабет.
 4. Нисходящая мочевая инфекция (уретрит, цистит)
- Проявляются зудом, болями при коитусе, сильном половом возбуждении.
 - Крайняя плоть отечна, гиперемирована, При отсутствии лечения возможны осложнения в виде лимфангита полового члена → пахового лимфаденита → гангрены полового члена, возможно образование или усиление фимоза.

Лечение

- Промывание крайней плоти антисептиками
- Продольное рассечение крайней плоти в острой фазе, циркумцизию при стихании воспалительных явлений – при наличии фимоза.



Каверниты – истоки, клиника, исходы и лечение

Причины

- Основная причина воспаления кавернозных тел – воспалительные травматические поражения уретры.

Клиника

- Болезнь проявляется болью в половом члене, выраженным отеком и эрекцией, повышением температуры тела, возможна задержка мочеиспускания.
- В кавернозных телах пальпируется инфильтрат, возможна флюктуация.

Исходы

- При отсутствии лечения возможны
 1. Нагноение (абсцесс полового члена)
 2. Склероз (искривления полового члена, нарушения мочеиспускания)

Лечение

1. Антибактериальные препараты
2. Физиотерапия (лазеротерапия, ультразвуковая терапия)
3. Оперативное лечение



