

Розвиток урології як клінічної  
дисципліни.

Неспецифічні запальні  
захворювання органів сечової  
системи

Лекція №1

Лектор – Завідувач курсу урології  
доцент Барало І.В.

# Предмет урології

Урологія – це медична дисципліна, яка вивчає етіологію, патогенез, діагностику, лікування і профілактику **хірургічних захворювань** нирок, сечових шляхів, чоловічих статевих органів, органів заочеревинного простору та тазових клітковинних просторів

# Обставини, які виділили урологію в самотійну дисципліну:

- специфічність методики дослідження хворих
- особливості хірургічного і консервативного лікування хворих

# Розвитку урології сприяли:

- Винахід цистоскопу  
Нітце (1877 рік)



- Відкриття  
рентгенпроменів  
(1895 рік)



# Стан урологічної служби в Україні (на 1/01/2006)

Лікарів-урологів	-	1878 (0,39 на 10 тис. населення)
Урологічних кабінетів	-	842
Урологічних ліжок	-	7373 (1,58 на 10 тис. населення)
Урологічних відділень	-	160

на 1/01/2007

Лікарів-урологів	-	1880 (0,38 на 10 тис. населення)
Урологічних кабінетів	-	851
Урологічних ліжок	-	7371 (1,59 на 10 тис. населення)

# Структура захворюваності населення

Системи	%
Серцево - судинна	97%
Легенева	
Шлунково-кишкова	
Нервова	
Сечостатева	3%

В економічно розвинутих країнах хвороби сечостатевої системи складають 5-6%

# Структура урологічних хвороб

90-92%: запальні хвороби - 55-66%

уролітіаз - 20%

новоутворення - 8-10%

8-10%: вади розвитку

туберкульоз

ниркова гіпертензія

ушкодження

ниркова недостатність

# Неспецифічні запальні захворювання органів сечової системи – інфекція сечових шляхів (ІСШ)

Інфекцією сечових шляхів називається бактеріальна інвазія уретри, сечового міхура або нирок, яка викликає запальну відповідь і супроводжується клінічними симптомами

Сечова інфекція залишається одним із провідних місць локалізації інфекції в людському організмі



# Класифікація інфекцій сечових шляхів - інфекцій сечостатевого органів

Товариства інфекційних хвороб США та Європи;  
И.Г. Брезняков, 2004



# Пієлонефрит - це

Бактеріально-запальний неспецифічний процес паренхіми і чашечно-мискової системи нирки з переважним ураженням її інтерстиціальної тканини

Пієлонефрит розпізнається під час секцій в 8-20%, а під час життя діагностується лише у 20-30% з них

Частота локалізацій запального процесу в сечостатевої системі:

Пієлонефрит - 30%

Цистит - 53%

Інші - 17%

# Фактори, які сприяють розвитку пієлонефриту

## 1. Шляхи проникнення інфекції

(мікроорганізми не фільтруються)

### а) висхідний

- промежина колонізована кишечними ентеробактеріями
- короткий сечівник у жінок

### б) гематогенний

- перитубулярні судини
  - уповільнений тік крові
  - знижений фагоцитоз
- інші судини
  - плазмокоагулюючий збудник
  - місцеві зміни в паренхімі

# Фактори, які сприяють розвитку пієлонефриту

## 2. Вид і характер інфекції

-вірулентна (підвищена адгезивна  
бактерій до урогенітальних  
клітин)

невірулентна

-плазмокоагулююча (*staphylococcus spp.*)

неплазмокоагулююча

здатність  
та вагінальних

# Фактори, які сприяють розвитку пієлонефриту

## 3. Місцеві зміни в сечостатевої системі

### - за патологічним процесом

а) порушення уродинаміки

**анатомічні** (обструктивні причини)

- уролітаз
- пухлини сечостатевої системи
- вроджені вади
- набуті стриктури сечоводу
- інфравезікальна обструкція
- вагітність
- пролапс геніталій і сечового міхура у жінок

**функціональні**

- нейрогенні порушення (центрального генезу, детрузорно-сфінктерна диссинергія, хронічна діабетична нейропатія – у 70%)
- міхурово-сечоводний рефлюкс

б) стороннє тіло в сечових шляхах

в) попередні оперативні втручання

### - за наслідками впливу патологічних процесів

- рефлюкси
- утворення резервуару залишкової сечі
- органна ниркова позаклітинна гіперволемія
- локалізація інфекції в нирці
- руйнування системи щілинних просторів нирки

# Фактори, які сприяють розвитку пієлонефриту

## 4. Порушення загального опору організму

цукровий діабет

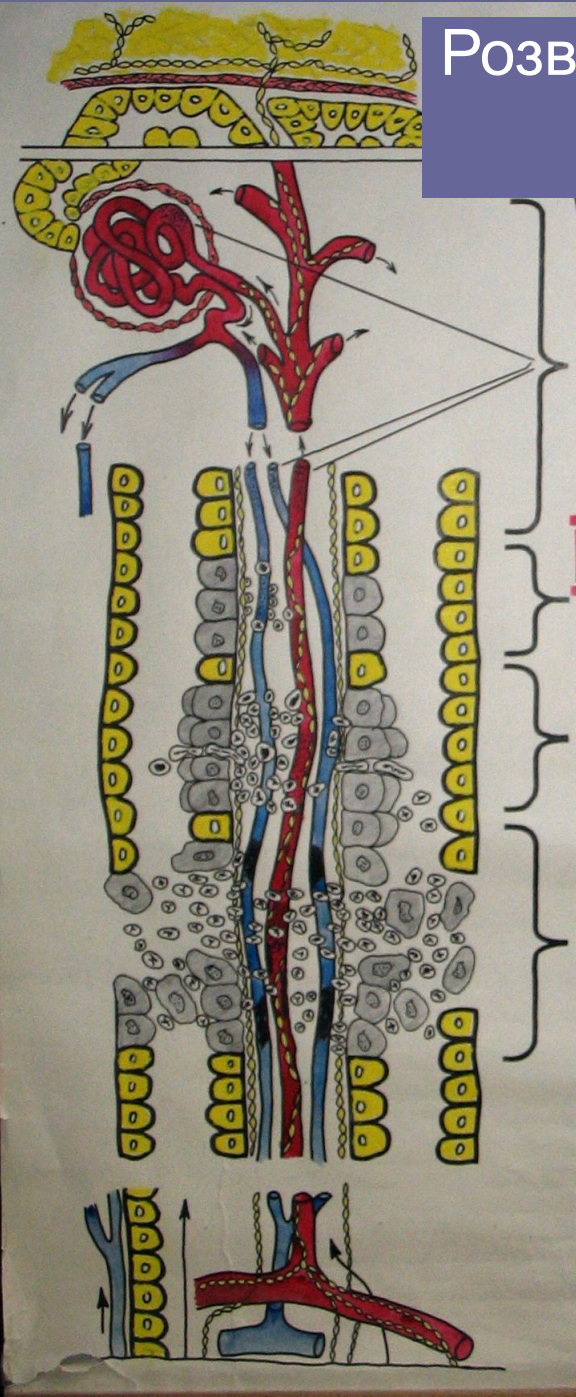
ниркова недостатність

імуносупресивні стани

# Частота, з якою зустрічаються різні види збудників при пієлонефриті

- Enterobacter - 28.5%
- Pseudomonas - 19.4%
- Proteus - 18.7%
- E. coli - 16.6%
- Staphylococcus- 11.6%
- Enterococcus - 5.2%

# Розвиток запально – гнійного процесу в нирці (за М.Ф.Сампбелл)



I стадія – бактеріальна емболія

II стадія – початкова клітинна реакція і периваскулярна лейкоцитарна інфільтрація

III стадія – прогресування ушкодження епітелію, основної мембрани канальців з проникненням в їх просвіт лейкоцитів і ексудату

IV стадія – масивного вогнищевого нагноєння з судинним тромбозом і проривом гною в миску



# Розвитку інфекції в нирці сприяють:

- благоприємні умови в зоні гіпоксії
- у відповідь на дію ендотоксину вазоконстрикція з наступним тромбоутворенням

Апостематозний нефрит – гноячки в клубочках (гломерулит), мозковому шарі, зіркових венах

Карбункул – закупорка інфекційним емболом великої кінцевої судини нирки або результат злиття групи гноячків

Абсцес – Обмежене гнійне вогнище у глибині паренхіми  
Гнійно-медулярна форма

# Класифікація пієлонефриту

за М.О. Лопаткіним (1977)



# Діагностика гострого пієлонефриту (I та II етапи)

## Загальноклінічні симптоми

висока лихоманка  
морозить та проливний піт  
артралгії та міалгії  
головний біль, іноді  
спутаність свідомості  
нудота та блювота  
артеріальна гіпотонія,  
картина бактеріємічного шоку

## Місцеві симптоми

біль та напруження м'язів в  
попереку  
напруження м'язів передньої  
черевної стінки  
дизурія  
мутність сечі  
поліурія, ніктурія  
позитивний симптом  
Пастернацького

# Діагностика гострого пієлонефриту (III етап)

## В крові:

лейкоцитоз, зсув формули вліво  
токсична зернистість лейкоцитів  
підвищення ШОЕ збільшення  
рівня  $\alpha_2$  та  $\gamma$ -глобулінів  
підвищення рівня сечовини і  
креатиніну (не обов'язково)

## В важких випадках:

зниження концентрації загального  
білку  
гіперглікемія  
гіпербілірубінемія  
ознаки ДВЗ-синдрому  
(гіперфібриногенемія, зниження  
антитромбіну III, фібринолітичної  
активності)

## В сечі:

протеїнурія  
лейкоцитурія  
мікро- і макрогематурія  
бактеріурія (може бути без  
лейкоцитурії)  
гіалінові і епітеліальні, рідше  
зернисті циліндри

# Діагностика гострого пієлонефриту (IV та V етап)

## IV етап

Збільшення в об'ємі нирки  
на 1,5 см в довжину і  
ширину

Відсутній контур  
поперекового м'язу

Відсутність тіні КР або  
“симптом білої нирки”

Стиснення або ампутація  
однієї чи 2-3 чашок

## V етап

УЗД

- збільшення в об'ємі  
нирки

- Потовщення та  
ущільнення паренхіми

ХЦС

- Уповільнення або  
припинення виділення  
індигокарміну на стороні  
ураження

# Ознаки переходу серозної стадії гострого пієлонефриту в гнійну

1. **Порушення уродинаміки:**
  - дані рентгенобстеження: тінь каменя, збільшеної нирки, пієлоуретероектазія, відставання екскурсії нирки;
  - хромоцистоскопія – відсутність або сповільнення виведення індиго;
  - ізотопна ренограма – уплощення секреторного сегмента
  - указання в анамнезі на ниркову коліку, відходження каменів, наявність видалених гнійних вогнищ.
2. Відсутність ефекту від інтенсивної протизапальної терапії протягом 1-3 діб.
3. Гектична температура тіла.
4. Наростання інтоксикації.
5. Особи похилого віку, хворі цукровим діабетом, алергічними захворюваннями, ожирінням, гіподинамією, алкоголізмом, отримували кортикостероїди, променеву терапію та ін.
6. Наростання гіперазотемії.
7. Надзвичайна остуда.
8. Лейкоцитоз крові.
9. Болісність при пальпації поперекової ділянки.

# Дифдіагностика гострого пієлонефриту

- гострі інфекції
- гострий холецистит
- гострий апендицит
- сепсис

# Принципи інтенсивної протизапальної терапії гострого пієлонефриту

## 1. Відновлення відтоку сечі

- раціональне положення тіла
- катетеризація сечовода
- ЧПНС
- відкрита операція

## 2. Масивні дози антибіотиків

## 3. Поповнення енергоресурсів

- 20% розчин глюкози з інсуліном, вітаміни

## 4. Зменшення ацидозу і дезінтоксикація організму

- розчини бікарбоната натрію, реополіглюкіну, натрія хлориду

## 5. Діуретична терапія

- лазикс, маннітол

## 6. Покращення мікроциркуляції

- ацетилсаліцилова кислота, гепарин

## 7. Стимуляція імунітетних сил

- плазма

## 8. Інгібітори активності лейкоцитарних ферментів і мікроорганізмів

- контрикал, амінокапронова кислота

## 9. Профілактика шоку (кортикостероїди 2-3 доби)



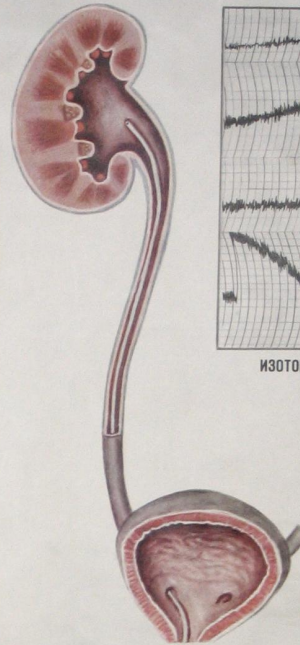
# **ПРИНЦИПИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ.**

- 1 ДРЕНУВАННЯ НИРКИ.**
- 2 ТОТАЛЬНА ДЕКАПСУЛЯЦІЯ НИРКИ.**
- 3 РОЗСІЧЕННЯ І ВИСІЧЕННЯ ГНІЙНИКІВ.**
- 4 ДРЕНУВАННЯ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ.**

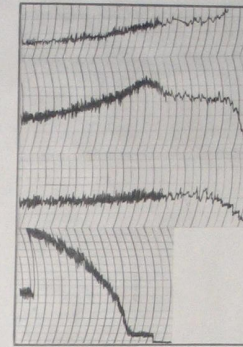
# Гострый пиелонефрит вагітних



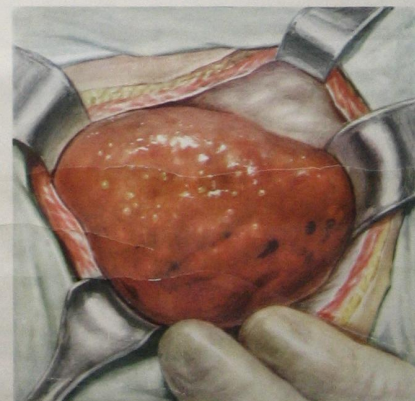
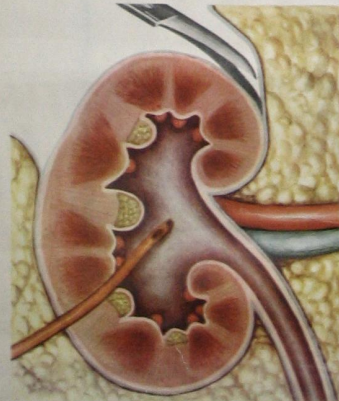
ПРАВСТОРОННЯ УРЕТЕРОГРАММА БОЛЬНОЙ  
ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ



МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ КАТЕТЕР ВВЕДЕН В ПОЧЕЧНУЮ ЛОХАНКУ



ИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАММА



ВЕКАЮЩАЯ ПОЧКА НЕФРОСТОМЫ

# Шок -

Це загрозливий стан, який виникає внаслідок дії на організм надзвичайних подразників і характеризується прогресуючим порушенням основних життєво важливих функцій, в першу чергу гемодинаміки та метаболізму.

Бактеріємічний (септичний або токсико-інфекційний)

один з видів шоку, при якому пусковим фактором є інфекція і суть його в парезі периферичних судин.

# Клінічні стадії інфекційно-токсичного шоку

I.

## Стерта

- гемодинаміка залишається стабільною
- є тахікардія, пітливість, хворого морозить, підвищена температура тіла, помірний лейкоцитоз

II.

## Рання

- Гемодинаміка виражено порушена (< ОЦК, ЦВТ), тепла нормо- або гіпотензія
- Гектична температура, дуже морозить, рухомий неспокій, лейкоцитоз до 20-30 на  $10^9$ /л з зсувом формули

III.

## Розвинена

- Важко корегований судинний колапс, холодна гіпотензія
- Порушення мікроциркуляції і гемокоагуляції з розвитком ДВЗ-синдрому
- Дихальна недостатність
- Ішемія міокарду
- Олігоанурія
- Рухоме збудження, порушення свідомості
- В крові високий рівень Urea, Cr, лейкоцитів, білірубину, метаболічний ацидоз

IV.

## Пізня

- Ознаки анергії (адинамія, зниження  $t^{\circ}$  тіла)
- Різке погіршення серцевої діяльності

# Клініко-лабораторні ознаки сепсису

## Синдром

## Клініко-лабораторна ознака

1. Бактеріємія

Позитивна гемокультура

2. Синдром системної запальної реакції – ССЗР

- Температура тіла ( $>38^{\circ}\text{C}$  або  $<36^{\circ}\text{C}$ )
- Тахікардія  $>90$  ударів в хвилину
- Задихка  $> 20$  за хвилину
- Лейкоцитоз  $< 4 \times 10^9/\text{л}$  або  $> 12 \times 10^9/\text{л}$ , або  $> 0,10\%$  незрілих форм

3. Сепсис

ССЗР + документована інфекція (позитивна гемокультура)

4. Важкий сепсис

Сепсис + дисфункція органів

5. Септичний шок

Сепсис + дисфункція органів, + артеріальна гіпотензія

# Форми уросепсису

## I. Бактеріємічний шок

- за важкістю перебігу

стерта

виражена

- за часом початку

рання

пізня

## II. Гостра

## III. Затяжна гостра

## IV. Затяжна підгостра

## V. Хронічна

# Принципи лікування бактеріємічного шоку

1. Вазопресорна терапія (кортикостероїди, адреноміметики, дофамін)
2. Плазмозамісна терапія (поліглюкін)
3. Відновлення білкового балансу (альбумін, плазма)
4. Поліпшення мікроциркуляції крові (реополіглюкін, трентал, гепарин)
5. Відновлення ВЕБ (0,9% NaCl)
6. Зменшення ацидозу (3% NaHCO<sub>3</sub>)
7. Відновлення відтоку сечі з нирки
8. Антибактеріальна терапія
9. Діуретична терапія
0. Поліпшення азотного обміну (тестостерон пропіонат, ретаболіл)
1. Десенсибілізуюча терапія
2. Застосування інгібіторів протеаз (гордокс, контрикал)
3. Імунотерапія (γ -глобулін, імунна плазма, лізоцим, інтерферон, активін, тімалін, метилурацил)
4. Еферентні методи лікування (гемосорбція, плазмаферез, гемодіаліз)

# Діагностика хронічного пієлонефриту

При загостренні зміни аналогічні таким при гострому пієлонефриті

Поза вираженим загостренням

## I та II етапи

- Загальноклінічні симптоми
  - періодичні «безпричинні» підвищення температури
  - пітливість, особливо вночі
  - зміни кольору обличчя (субіктеричність, землистий колір шкіри)
  - сухість шкіри
  - загальна слабкість, втомлюваність, головний біль
  - анорексія
  - нудота, блювота
  - підвищення АТ
- Місцеві симптоми
  - біль, неприємні відчуття в поперековій ділянці
  - поліурія, ніктурія
  - дизурія
  - пластівці, каламутність сечі



# Діагностика хронічного пієлонефриту (III етап)

Кров:

лейкоцитоз з зсувом вліво (необов'язково); нормохромна анемія (рідко); збільшення ШОЕ (рідко)

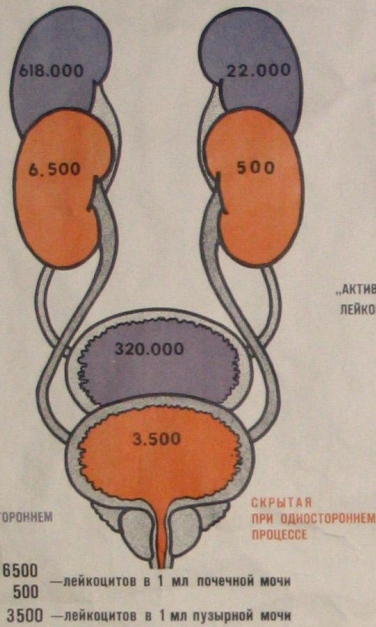
Сеча:

лейкоцитурія помірна (частіше нейтрофільна); мікро- рідше макрогематурія; бактеріурія (іноді ізольована); зниження питомої ваги сечі; зниження осмолярності сечі; можуть виявлятися гіалінові, епітеліальні та зернисті циліндри (дуже рідко)

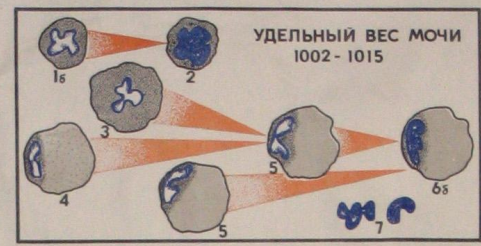
збільшення  $\alpha_2$  та  $\gamma$ -глобулінів гіперфібріногенемія

Дослідження по Нечипоренко + у 77,5%  
Активні лейкоцити та клітини Штергеймера-Мальбіна в активній фазі у 2/3, латентній 1/3, ремісії - відсутні

## ЛЕЙКОЦИТУРИЯ



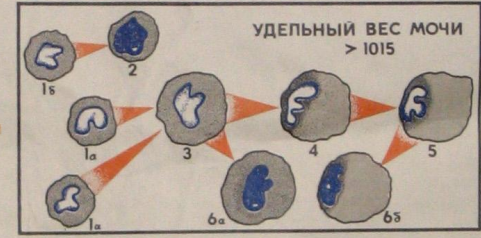
## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ МОЧИ, выявляемые при суправитальной окраске осадка



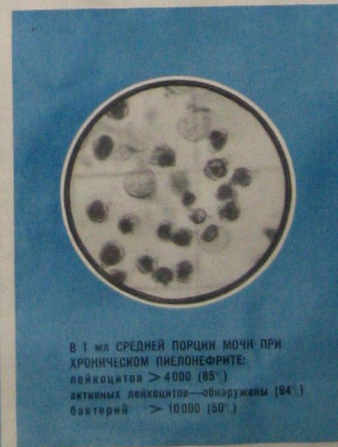
УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ 1002 - 1015

1a, 1b — лейкоциты нативного осадка мочи  
2, 3, 4, 5, 6a, 6b — различные фазы жизнедеятельности гранулоцита мочи:  
3, 4 — клетки Штергеймера-Мальбина, „активные“ лейкоциты  
5 — неокрашенные лейкоциты без движения гранул в цитоплазме  
6a, 6b — лейкоциты с прокрашенными ядрами и отсутствием движения гранул  
7 — ядра разрушенных лейкоцитов

„АКТИВНЫЕ“ ЛЕЙКОЦИТЫ



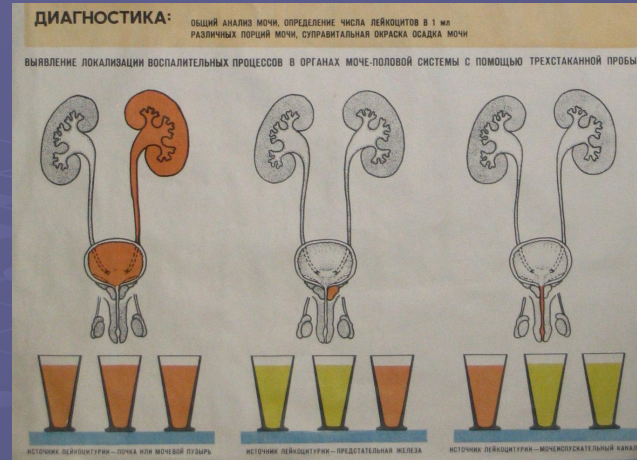
## СУПРАВИТАЛЬНО ОКРАШЕННЫЙ ОСАДОК МОЧИ В СЧЕТНОЙ КАМЕРЕ (микрофотогр.)



## БАКТЕРИУРИЯ



# Діагностика хронічного пієлонефриту (III етап)



## Причини піурії без бактеріурії

### Атипові мікроорганізми

Мікобактерії  
Гриби  
*Chlamydia trachomatis*  
*N. gonorrhoeae*  
Herpes simplex virus

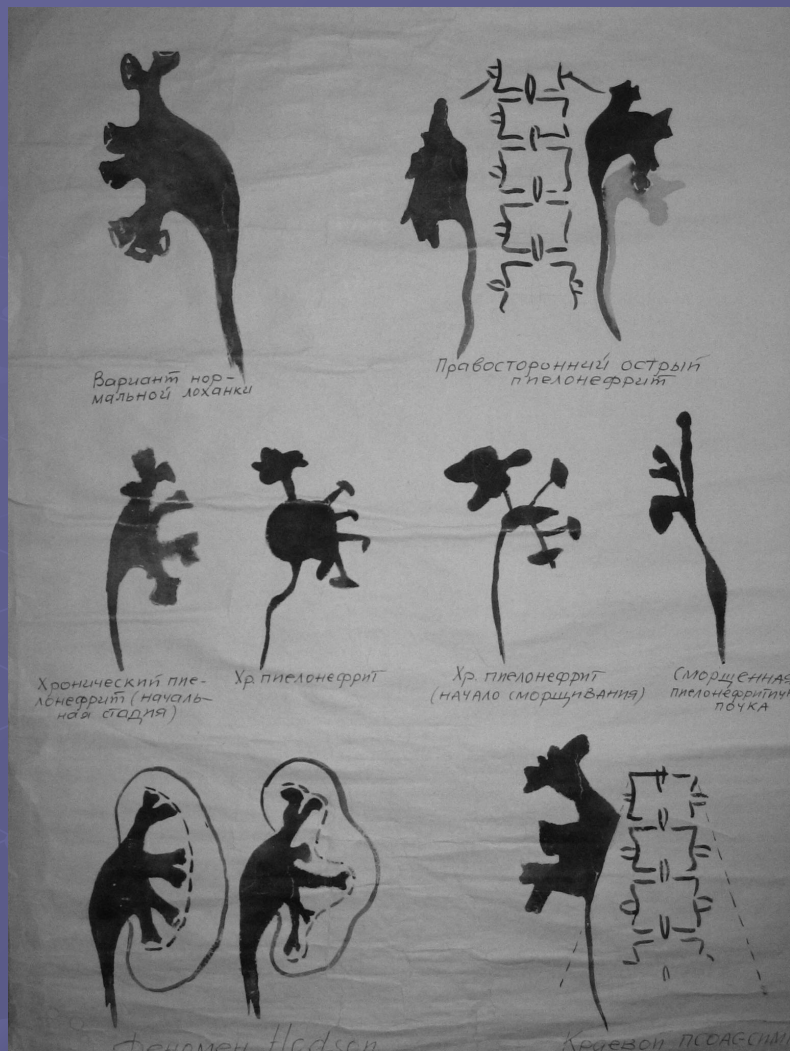
### Неінфекційні захворювання

Камені  
Травма  
Пухлина  
Гломерулонефрит  
Вагінальна контамінація  
Циклофосфамід

# Характеристика активності запального процесу при хронічному пієлонефриті

Симптоми	Фаза активності		
	Активна	Латентна	Ремісії
1. Зниження працездатності	+	+/-	-
2. Бактеріурія в 1 мл МТ	50000 та >	Відсутня або <10000	
3. Лейкоцитурія в 1 мл	25000	25000	-
4. Клітини Штернгеймера-Мальбіна	є у 50% хворих	відсутні	відсутні
5. Активні лейкоцити	є у 95% хворих	є у 60% хворих	-

# Діагностика хронічного пієлонефриту (IV етап)



ЕУ (зниження тонузу верхніх сечових шляхів, сплюсненість та заокругленість кутів форніксів, звуження і витянутість чашок, пізніше деформація чашок, зближення їх, пієлоренальні рефлюкси, пієлоектазії, асиметрія розмірів нирок). С-м Ходсона,  $PKI > 0,34$ .

РП (картина гіпоплазованої нирки)

АРВГ (симптом “обгорілого” дерева)

РРГ (зниження секреції, асиметрія )

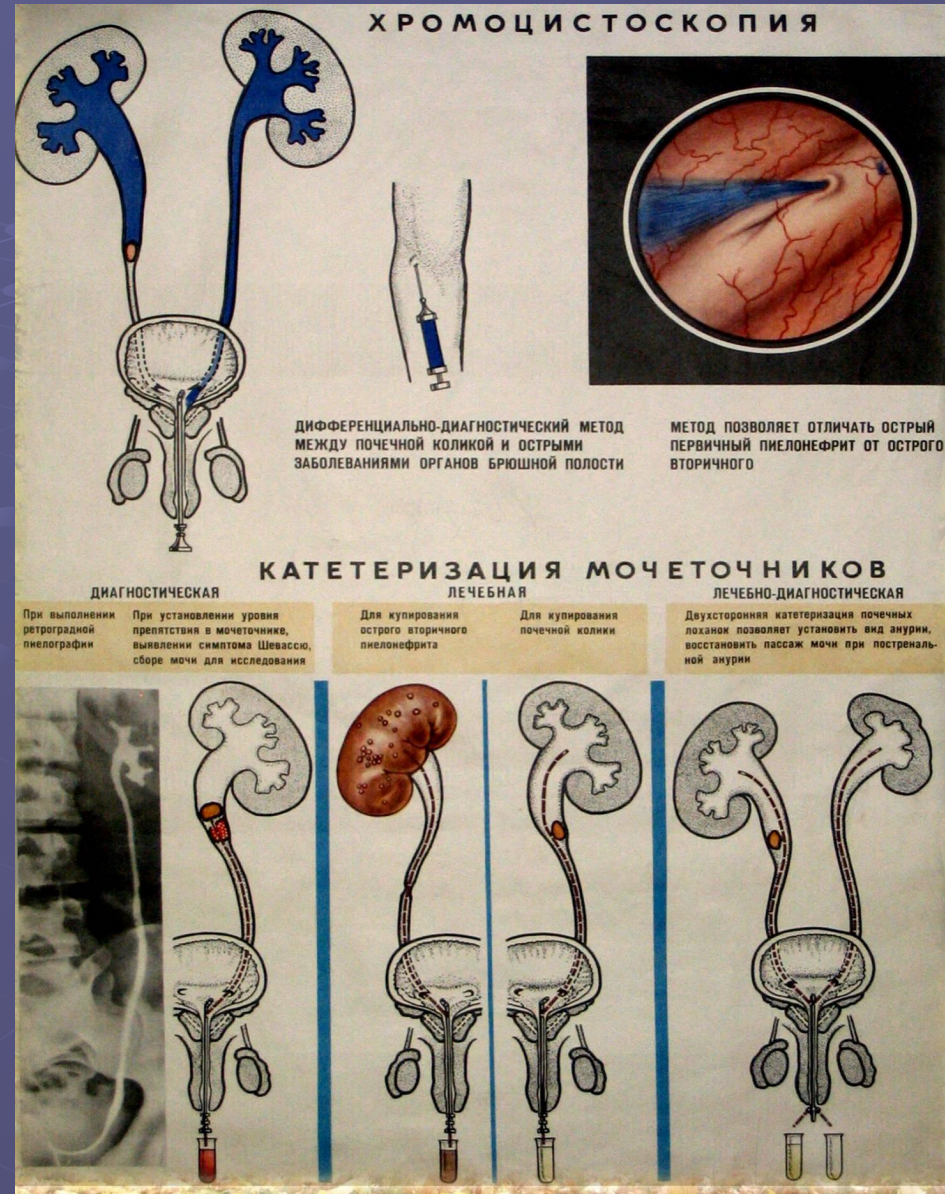
# Діагностика хронічного пієлонефриту (V етап)

## УЗД:

- Асиметричні зміни нирок
- Розширення і деформація ЧМС
- Ущільнення пиптиків
- Нерівність контуру нирок
- Іноді зменшення товщини паренхіми

Хромоцистоскопія – рідко асиметрія виведення індигокарміну

Біопсія нирки



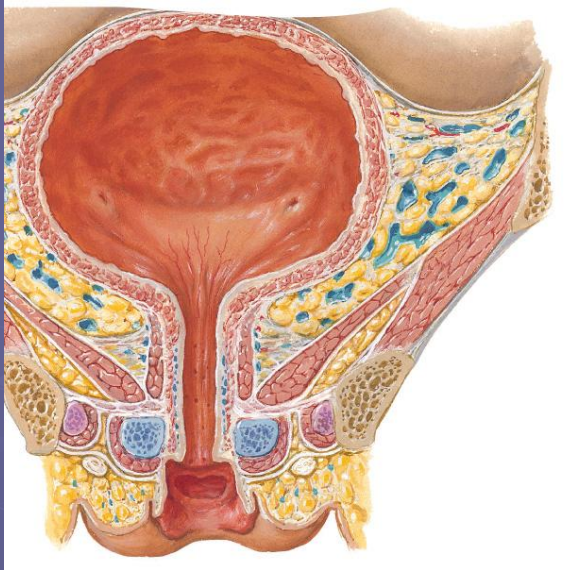
# Тривалість лікування хронічного пієлонефриту

- Не менше 6-8 місяців:
  - перші 2-3 місяців безперервно
  - наступні 3-6 місяців переривчасті курси
- При рецидивах пієлонефриту:
  - переривчасті курси від 1-1,5 років до 3-х років

# Особливості ускладненої ІСШ (на відміну від простої, неускладненої ІСШ)

1. Проявляють мультипрепаратну резистентність
2. Потребують більш тривалих курсів АБТ
3. Вимагають більш інтенсивного урологічного обстеження і лікування

# Цистит



інфекційно-запальний процес стінки сечового міхура, який локалізується частіше в слизовій оболонці.

**Первинним гострим циститом** переважно хворіють жінки. В неускладнених випадках запалення виникає при відсутності органічних чи функціональних змін сечових шляхів.

**Збудник** потрапляє в сечовий міхур висхідним шляхом із прямої кишки на промежину, а далі в сечівник.

У **80%** випадках збудник гострого циститу у жінок – **Escherichia coli**.

**Клінічні симптоми:** часте болюче сечовипускання та імперативні позиви; нерідко болі в крижах та надлобковій ділянці; в окремих випадках гематурія, каламутна та смердюча сеча. Лихоманка та загальні симптоми відсутні. Пальпаторно – болючість в надлобковій ділянці.



# Цистит

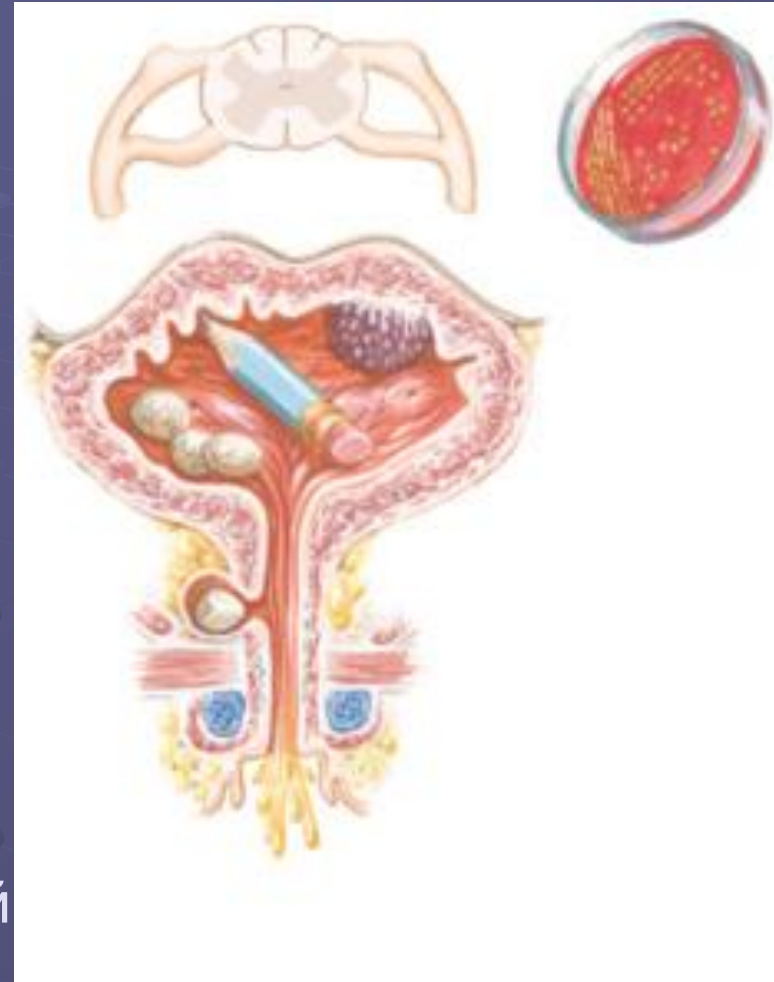
**Діагностика** – при дослідженні сечі виявляють **лейкоцитурію**, **бактеріурію** та рідше **гематурію**.

Сечу для бактеріологічного дослідження беруть в стерильну посуду із середньої порції при сечовипусканні після ретельного туалету зовнішнього отвору уретри, у жінок вульви і введення в піхву стерильного тампону.

Відсутність росту бактерій не виключає цистит.

Можливі збудники в такому випадку – хламідії, уреоплазми, мікоплазми.

**Для виключення ускладненої інфекції** (вторинного циститу) або при рецидивній інфекції проводять обстеження, спрямовані на виявлення її причини (УЗД, ОУ, ЕУ, цистографію, цистоскопію).



# ЦИСТИТ

**Лікування** починають з короткого курсу (5-7 діб) антибактеріальних препаратів широкого спектру дії, ефективних по відношенню до більшості патогенних мікроорганізмів.

Аугментин, триметоприм з сульфаметоксазолом, цифран, нитрофурантоїн, рокситроміцин.

На фоні АБТ радять щадну дієту, теплові процедури, призначають знаболюючі, спазмолітики. При нестабільності детрузора – оксibuтинін.

# Клініко - морфологічні стадії Гаспаріс простатиту

## I. Типові форми

1. Поверхневий (катаральний)
2. Вогнищевий (фолікулярний)
3. Дифузний (паренхіматозний)

## II. Атипові форми

1. Простатоз
2. Склероз простати
3. Гранульоматозний
4. Еозинофільний
5. Калькульозний
6. Синдром Рейтера
7. Актиномікоз

# КЛАСИФІКАЦІЯ ПРОСТАТИТА

НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ  
ЗДОРОВ'Я США 1997 Р

**ТИП I** ГОСТРИЙ БАКТЕРІАЛЬНИЙ  
ПРОСТАТИТ

**ТИП II** ХРОНІЧНИЙ БАКТЕРІАЛЬ-  
НИЙ ПРОСТАТИТ

**ТИП III** СИНДРОМ ХРОНІЧНИХ  
БОЛЕЙ В ДІЛЯНЦІ ТАЗА

А. ЗАПАЛЬНИЙ  
Б. НЕ ЗАПАЛЬНИЙ

*(простатодінія)*

**ТИП IV** АСИМПТОМАТИЧНИЙ  
ПРОСТАТИТ (виявляється  
більш ніж в 99% зразків  
тканини при ТУРП)

# Клінічні симптоми простатиту

## I, Загальні

- морозить
- підвищення температури тіла
- загальна слабкість
- підвищена нервозність
- нав'язливий стан

## II, Місцеві

- простаталгія
- зміна форми простати
- свербіння в уретрі
- виділення з уретри
- дизурія
- тазова симпаталгія

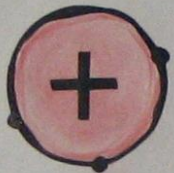

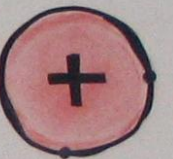


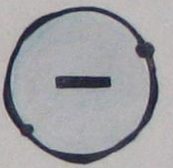
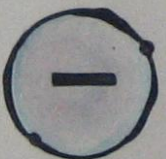


## III, Функціональні

- посилення чи послаблення ерекції
- стертий оргазм
- болячий оргазм
- послаблення статевого потягу
- відсутність запліднення
- прискорена еякуляція

# КЛІНІЧНІ СИНДРОМИ ПРОСТАТИТУ

1. СЕКСУАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ
2. РЕПРОДУКТИВНІ ЗМІНИ
3. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ
4. ДИЗУРИЧНИЙ СИНДРОМ
5. ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИЙ СИНДРОМ

# ДІАГНОСТИКА ПРОСТАТИТА

	ЛЕЙКОЦИТЫ	МАКРОФАГИ	БАКТЕРИИ
ХБП			
НБП			
ПРОСТАТОДИНІЯ			

# ЛІКУВАННЯ ПРОСТАТИТА





# ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПРОСТАТИТУ

## 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ЗАГАЛЬНІ ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ

- РЕЖИМ ХАРЧУВАННЯ
- РЕЖИМ ВІДПОЧИНКУ
- ГІГІЄНА СТАТЕВОГО ЖИТТЯ
- НОРМАЛІЗАЦІЯ ФУНКЦІЙ ІНШИХ ОРГАНІВ
- СЕДАТИВНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ПРИ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІЙ СИМПТОМАТИЦІ
- ЛІКУВАННЯ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ

## 2. ЕТІОТРОПНЕ ЛІКУВАННЯ

ЕРИТРОМИЦИН, ОЛЕАНДОМІЦИН, НІТРОФУРАНИ,  
РІФАМПІЦИН, ХІНОЛОНИ  
ПАРАПРОСТАТИЧНІ БЛОКАДИ  
ВЕГЕТОТРОПНА ТЕРАПІЯ (СПАЗМОЛІТИКИ)

## 3. ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

ЛІКУВАННЯ УРЕТРИТУ, ЕПІДИДИМИТУ  
ПАЛЬЦЕВИЙ МАСАЖ ПРОСТАТИ  
ГІДРОМАСАЖ ПРОСТАТИ

## 4. ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА  
РЕКТАЛЬНИЙ ІОНОФОРЕЗ, УЛЬТРАЗВУКО-  
ВИЙ ФОНОФОРЕЗ, ГАРЯЧІ МІКРО-  
КЛІЗМИ З ВІДВАРОМ РОМАШКИ

## 5. САНАТОРНО-КУРСОРТНЕ ЛІКУВАННЯ

# КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

## По анатомической локализации

- ПАРАКОЛИТ
- ПАРАНЕФРИТ: верхний, передний, нижний, задний.
- РЕТРОПЕРИТОНИТ: подвздошный, поясничный, поддиафрагмальный, паховый.

## По механизму возникновения

- первичный
- вторичный: последовательный
- метастатический: гематогенный, лимфогенный.

## По распространению

 органический, диффузный.

## По стадиям развития осложнений

- серозного пропитывания  
инфильтрации } консервативное лечение
- гнойного расплавления: операция с целью эвакуации гноя и дренирования гнойной полости.
- развития осложнений } возникает необходимость повторных или дополнительных оперативных вмешательств.  
гнойных затеков,  
метастазов инфекции,  
кровотечений и др.
- обратного развития воспалительного процесса и выздоровления.

## По стороне поражения

- правостороннее, левостороннее, двустороннее.