

Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы



ВЫПОЛНИЛ: АБДУЛЛАЕВ И.О
ГРУППА: 713-1 ХИРУРГИЯ
ПРОВЕРИЛ:

- Воспалительные заболевания мочеполовой системы бывают хронические и острые.
По характеру возбудителя выделяют специфический и неспецифический процесс.
- Специфическое воспаление вызывают гонококки (гонорея), бледная трепонема (сифилис), трихомонада (трихомониаз), хламидия (хламидиоз), уреоплазма и микоплазмы (микоплазмозы), палочка Коха (туберкулёз), вирусы герпеса, цитомегалии, папилломавирусы, грибы рода Кандида (кандидоз или молочница) и некоторые другие.
- Неспецифическое воспаление могут вызвать условно болезнетворные микроорганизмы, такие как кишечная палочка, энтерококк, стафилококки, стрептококки, протей, клебсиеллы, гарднерелла и синегнойная палочка.

В зависимости от локализации воспалительного процесса в том или ином органе могут возникнуть следующие заболевания мочеполовой системы

- Простатит - воспаление предстательной железы;
- Везикулит - воспалительное заболевание семенных пузырьков;
- Колликулит - это воспаление семенного бугорка;
- Уретрит - воспаление мочеиспускательного канала, который может быть передним, задним или тотальным (т.е. охватывать весь канал);
- Цистит - воспалительное поражение мочевого пузыря;
- Пиелонефрит - воспалительный процесс в почках;
- Баланопостит - воспаление крайней плоти и головки полового члена;
- Орхит - воспалительное заболевание яичка;
- Эпидидимит - воспалительное заболевание придатка яичка.

ФИМОЗ



- (греч. phimosis - замыкание, закрытие отверстия, сужение), патологическое сужение наружного отверстия крайней плоти, при котором невозможно обнажение головки полового члена.



- Врожденный
- Приобретенный



Причины возникновения фимоза

- Травма полового члена, в результате которой возможно формирование рубцовой ткани, приводящей к сужению крайней плоти (так называемый, рубцовый фимоз);
- Воспаление крайней плоти полового члена ([баланопостит](#)), также приводящее к рубцовым изменениям и фимозу;
- Генетическая предрасположенность к формированию фимоза в результате недостаточности соединительной ткани в организме, в частности её эластического компонента.

Выделяют 4 степени фимоза

1-я Возможно открытие головки лишь в спокойном состоянии, при эрекции обнажение головки полового члена затруднено, иногда болезненно.

2-я Выведения головки в спокойном состоянии затруднительно, при эрекции головка не открывается.

3-я Головка полового члена или не открывается вообще, или открывается только в спокойном состоянии, не полностью.

4-я Головка полового члена не обнажается, мочеиспускание становится крайне затруднительным — моча выделяется по каплям или тонкой струйкой

Основные проявления при фимозе

1-2 степени — болевые ощущения, возникающие при эрекции, когда крайняя плоть начинает натягиваться на головке полового члена.

3-4 степени фимоза, боли во время эрекции, как правило, отсутствуют, что связано с малыми размерами препуциального кольца и невозможностью обнажения головки.

Лечение:



- Консервативное
- Хирургическое

При медикаментозном, используют кортикостероиды. Суть метода заключается в регулярном и продолжительном использовании кортикостероидных мазей на головку полового члена и крайнюю плоть. Кортикостероидные мази незначительно увеличивают эластичность ткани крайней плоти, в результате чего она может растянуться, и степень заболевания снижается. Кроме того, применение глюкокортикоидов снижает отек, воспаление, ускоряет заживление микротрещин.

А также используется методика растяжения крайней плоти.

Показания к оперативному лечению



- выраженные изменения крайней плоти из-за рубцов;
- неоднократные повторения баланопостита (воспаление крайней плоти и головки полового члена);
- нарушения мочеиспускания.

Виды операций:



- Одобренное хирургическое лечение — три продольных разреза с поперечным сшиванием.
- Хирургическое лечение фимоза у детей производится путём разъединения спаек препуциального мешка при помощи металлического зонда и марлевого тупфера.
- При рубцовых изменениях крайней плоти производится её частичное (по границе фиброзных изменений) или (очень редко) полное круговое иссечение (Обрезание).
- В ряде случаев вместо обрезания проводят операцию по Шлофферу. Под местным обезболиванием делают зигзагообразный разрез крайней плоти и вновь сшивают края в том месте, где «зиг» переходит в «заг». В результате крайняя плоть полностью сохраняется, но её отверстие расширяется.

ПАРАФИМОЗ



- Это ущемление головки полового члена суженной крайней плотью. Чаще всего к парафимозу приводят попытки открыть крайнюю плоть при фимозе 2-3 степени. Ущемление может произойти во время полового акта или мастурбации.



- При парафимозе быстро развивается отек головки полового члена, она значительно увеличивается в размерах, что делает через какое-то время вправление парафимоза невозможным. Все это сопровождается резкой болью, посинением головки. Диагноз не представляет затруднений.



Лечение:

- На ранних стадиях развития парафимоза возможно консервативное лечение, заключающееся во «вправлении» головки
- При невозможности консервативного лечения показана срочная операция, невыполнение которой грозит тяжёлыми осложнениями (некроз При невозможности консервативного лечения показана срочная операция, невыполнение которой грозит тяжёлыми осложнениями (некроз головки, гангрена При невозможности консервативного лечения показана срочная операция, невыполнение которой грозит тяжёлыми осложнениями (некроз головки, гангрена). Как правило, осуществляют рассечение ущемляющего кольца крайней плоти с последующей репозицией головки. Впоследствии два лоскута крайней плоти можно сшить обратно, но чаще выполняют её

ОРХИТ



- Это воспаление яичка.

Этиология

Орхит как правило является осложнением таких заболеваний как паротит, грипп, гонорея, тиф. Определенное значение имеют травма, физические нагрузки, снижение иммунитета, переохлаждение. Инфекция в яичко проникает гематогенным путём.

Классификация



По МКБ

- 45 Орхит и эпидидимит
 - 45.0 Орхит, эпидидимит и эпидидимо-орхит с абсцессом
 - 45.9 Орхит, эпидидимит и эпидидимо-орхит без упоминания об абсцессе

По длительности течения

- Острый (2-4 недели)
- Хронический (более 4 недель)

Осложнения:



- Абсцедирование яичка
- Развитие секреторной формы мужского бесплодия
- Эпидидимит

Лечение:

- При остром орхите проводится антибактериальная терапия, витамины группы Е, также применяют методы физиотерапевтического лечения (лазер), ограничивают физическую нагрузку, рекомендуют ношение суспензория (плавки или другое обтягивающее нижнее бельё). Симптоматическая терапия направлена на купирование болевого синдрома, гипертермии. При абсцедировании яичко дренируют. Лечение хронического орхита сводится к лечению основного заболевания, которое привело к развитию орхита. При длительном, рецидивирующем течении производят орхэктомия.



ЦИСТИТ



- Инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря (преимущественно в слизистой оболочке) — одно из наиболее частых урологических заболеваний.

Классификация



- По стадии
 - Острый
 - Хронический
- Течению
 - Первичный
 - Вторичный
- Этиологии и патогенезу
 - Инфекционный
 - Химический
 - Лучевой
 - Аллергический и др.
- По локализации и распространенности воспалительного процесса очаговый, диффузный, шеечный тригонит
- По характеру морфологических изменений (катаральный, геморрагический, язвенный, гангренозный, интерстициальный и др.).

Симптомы острого цистита



- Частое и болезненное мочеиспускание (дизурия), боли в области мочевого пузыря, пиурия и терминальная гематурия. Чем сильнее выражен воспалительный процесс в мочевом пузыре, тем чаще позывы на мочеиспускание и интенсивнее боли. При тяжелых формах цистита больные вынуждены мочиться через каждые 20—30 мин, при этом отмечаются резкие боли и выделение нескольких капель крови в конце мочеиспускания.
- При остром цистите боли в надлобковой области остаются и вне акта мочеиспускания, а пальпация области мочевого пузыря резко болезненна. Постоянные болевые импульсы с воспаленной слизистой оболочки мочевого пузыря вызывают сокращение детрузора и повышение внутри-пузырного давления, поэтому скопление в мочевом пузыре даже небольшого количества мочи приводит к императивному позыву на мочеиспускание. Поскольку при остром цистите в процесс вовлекается шейка мочевого пузыря, боли иррадиируют в промежность, задний проход и головку полового члена.
- Гематурия при остром цистите обычно бывает терминальной вследствие выделения крови из разрыхленной и кровоточащей воспаленной слизистой оболочки мочевого пузыря при его сокращении. Терминальная гематурия особенно часто возникает при преимущественном поражении шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника. Мутность мочи у больных обусловлена наличием в ней большого количества лейкоцитов, бактерий, слущенного эпителия мочевого пузыря и эритроцитов. Острый цистит редко сопровождается повышением температуры тела больного, так как всасывание из мочевого пузыря незначительное. Высокая температура тела при цистите и особенно появление озноба свидетельствуют о вовлечении в воспалительный процесс почек (пиелонефрит).

Хронический цистит



- Редко протекает как самостоятельное заболевание и в большинстве случаев является вторичным, т. е. осложняет имеющиеся заболевания мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, почек, половых органов. В связи с этим при затяжном течении воспалительного процесса в мочевом пузыре следует искать причин, а также исключить специфическую природу воспалительного процесса.
- При хроническом цистите все клинические признаки заболевания такие же, как и при остром, и выражены менее резко.
- В результате затяжного, рецидивирующего воспалительного процесса в мочевом пузыре у детей нередко наблюдаются рецидивы уретрита, возникает фиброз и склероз тканей, с деструкцией эластических волокон в пораженных участках, что приводит к нарушению эластичности стенки уретры. В запущенных случаях происходит стенозирование стенки дистального отдела уретры, что усугубляет степень тяжести инфекционно-воспалительного процесса в мочевом пузыре.

Лечение.



Больному острым циститом необходим постельный режим. Для повышения диуреза с целью ускорения выведения продуктов воспаления из мочевого пузыря необходимо обильное питье (щелочные воды и соки до 2 л в сутки). Больные получают облегчение от применения грелки на область мочевого пузыря и горячих ванн. Антибактериальное лечение при остром цистите приводит к значительному улучшению состояния больного в течение 3—4 сут. Обычно назначают нитрофурановые препараты (фурагин, фурадонин по 0,1 г 3 раза в день), сульфаниламиды (этазол по 0,5 г 6 раз в день), уросульфам по 0,5 г 4 раза в день, сульфадиметоксин по 0,5 г 2 раза в день, 5-НОК или нитроксолин по 0,1 г 4 раза в день, грамурин по 0,5 г 3 раза в день, антибиотики. Для ликвидации дизурии используют прием внутрь метиленового синего в виде капсул (по 0,1 г 3—4 раза в день) в сочетании со спазмолитиками (но-шпа и папаверин) и обезболивающими препаратами. Однако для предупреждения рецидива противовоспалительное лечение необходимо продолжать не менее 3 нед. При остром цистите инстилляции в мочевой пузырь лечебных средств противопоказаны.



- При хроническом цистите, который в большинстве своем вторичный, решающее значение в лечении имеет устранение причин, поддерживающих воспалительный процесс в мочевом пузыре (камень в мочевом пузыре, дивертикул, аденома предстательной железы, стриктура мочеиспускательного канала и др.). Больным хроническим циститом наряду с антибактериальными препаратами назначают инстилляций в мочевой пузырь раствора серебра нитрата (0,25—0,5 %, 20—40 мл) или колларгола (1—3 %, 20—40 мл), 20—30 мл 0,5 % раствора диоксидина, масло шиповника, облепиховое масло, 10 % линимент дибунола, диатермию, электрофорез антибактериальных препаратов.
- Если хронический цистит осложняется пузырно-мочеточниковым рефлюксом, склерозом шейки мочевого пузыря, стенозом дистального отдела мочеиспускательного канала, интерстициальным циститом со сморщиванием мочевого пузыря после консервативной терапии, то при выборе метода лечения следует решить вопрос в пользу оперативного лечения.
При хроническом цистите рекомендуется также санаторно-курортное лечение (Железноводск, Боржоми, Саирме и др.).

ПРОСТАТИТ



- **Простатит** (лат. *prostatitis*; анат. *prostata* — предстательная железа + *-itis* — воспаление) — термин, определяющий воспалительные поражения предстательной железы.

Классификация



- Острый (бактериальный) простатит
- Хронический бактериальный простатит
- Хронический небактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли (СР / CPPS)
 - Воспалительный хронический тазовый болевой синдром (в секрете простаты, моче и эякуляте определяются лейкоциты)
 - Невоспалительный хронический тазовый болевой синдром, при котором признаки воспаления отсутствуют
- Асимптоматический хронический простатит

Признаки и симптомы

● *Острый простатит* характеризуется симптомами общей интоксикации организма вызванной инфекционным процессом, повышением температуры тела. Поражение простаты проявляется болями промежности и паховой области. Также наблюдаются болезненные ощущения при мочеиспускании и частые позывы (особенно ночью). Характерно затрудненное мочеиспускание, вплоть до острой задержки мочи. В некоторых случаях возможно гнойное выделение из мочеиспускательного канала. Локальный воспалительный процесс в предстательной железе, может дать осложнения. В таких случаях, общее состояние больного расценивается как тяжелое и требует экстренной госпитализации. Встречается редко.



Хронический простатит

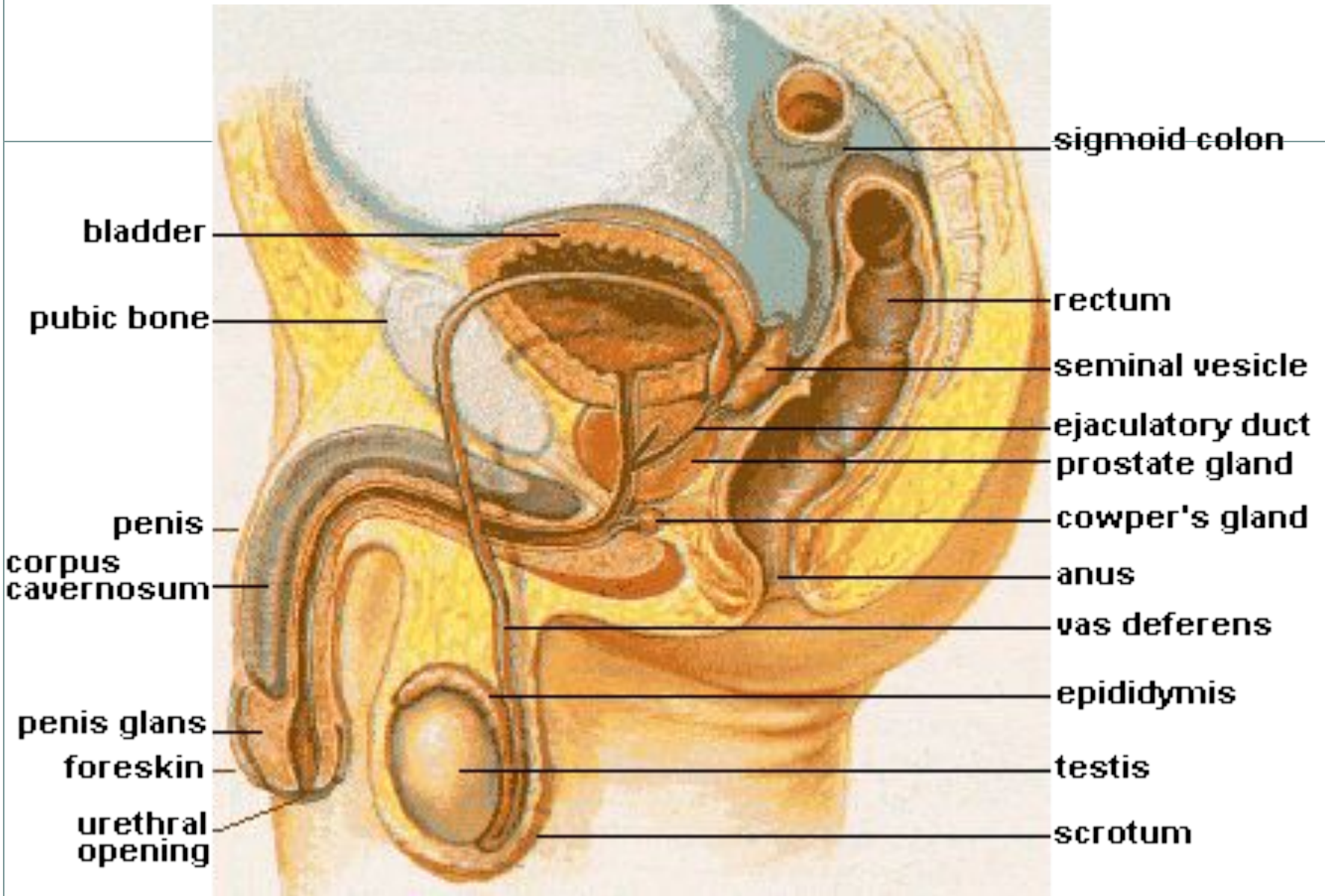


- Чаще всего заболевание протекает бессимптомно или со стёртой клинической картиной вне обострения. При обострении появляется боль в низу живота или мошонке, промежности, нарушения мочеиспускания. Хронический простатит может стать причиной частых рецидивов цистита, так как очаг воспаления в предстательной железе служит резервуаром микробов для заражения мочеполового тракта.

Диагноз



- Диагностика острого простатита не представляет трудностей из-за характерной клинической картины и основывается на жалобах больного и данных осмотра. При пальцевом ректальном исследовании простата резко болезненна, отечна. В моче определяется большое количество лейкоцитов. Характерно увеличение количества лейкоцитов.
Диагностика острого простатита не представляет трудностей из-за характерной клинической картины и основывается на жалобах больного и данных осмотра. При пальцевом ректальном исследовании простата резко болезненна, отечна. В моче определяется большое количество лейкоцитов. Характерно увеличение количества лейкоцитов в периферической крови, а также увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). При сепсисе в крови больного выявляются специфические



bladder

pubic bone

penis

corpus cavernosum

penis glans

foreskin

urethral opening

sigmoid colon

rectum

seminal vesicle

ejaculatory duct

prostate gland

cowper's gland

anus

vas deferens

epididymis

testis

scrotum

Лечение



- В лечении острого бактериального простатита используют антибактериальные препараты хорошо проникающие в ткани предстательной железы например Ципрофлоксацин. Показаниями к госпитализации является тяжёлое состояние больного с признаками тяжёлой интоксикации. При неосложнённом течении больные острым простатитом лечатся амбулаторно.

- В лечении хронического бактериального простатита применяют длительные курсы антибактериальной терапии (4-8 недель). При назначении антибактериальных препаратов следует принимать во внимание, что некоторые препараты (β -лактамы и нитрофураны) не проникающие в ткани простаты, являются неэффективными. Наиболее часто используют такие препараты из серии фторхинолонов, макролидов. В некоторых случаях параллельно с антибактериальными препаратами назначают альфа-блокаторы (Тамсулозин), влияющие на адренергические рецепторы простаты и тканей простаты.

Литература:



1. Гриднев О. В. Клинико-фармакологические аспекты рациональной антибиотикотерапии инфекций мочевыводящих путей (клинико-экономическое многоцентровое исследование) / О. В. Гриднев. — М., 2006. — С. 124.
2. Коровина Н. А. Пиелонефрит. В кн.: Игнатова М. С., Коровина Н. А. Диагностика и лечение нефропатий у детей. Руководство для врачей. — М.: Гэотар-Медиа, 2007. — С. 164–199.
3. Эрман М. В. Нефрология детского возраста в схемах и таблицах. Справочное руководство / М. В. Эрман. — СПб: Специальная литература, 1997. — С. 216–253.
4. Моисеев, С. В. Практические рекомендации по антибактериальной терапии и профилактике инфекций мочевыводящих путей с позиций доказательной медицины / С. В. Моисеев // Инфекции и антимикробная терапия. — 2003. — Т. 5, № 3.
5. 6. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения (АРМИД) / под ред. Л. С. Страчунского, Н. А. Коровиной // Пособие для врачей. — 2002. — С. 22.