

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УРОЛОГІЇ**

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції

23-24 жовтня 2008 року

м. Чернівці

Чернівці, 2008

муфтой. Дальнейшее наблюдение в течении 5 лет имело следующие результаты. У 2-х больных возник рецидив стриктуры с полной потерей функции почки и её сморщивания. Исходная стриктура мочеточника составляла 1,7-2,0 см, выполнена нефрэктомия. У 3-х больных возник рецидив мочекаменной болезни, обострение хронического пиелонефрита на фоне нарушения проходимости ЛМС – выполнено хирургическое лечение. У 3-х больных с постлучевыми стриктурами н/з мочеточников проводились повторные сеансы дилатации с установкой стентов обусловленные выраженными рубцово-склеротическими изменениями забрюшинного пространства и малого таза, из них одна больная переведена на хронические замены стентов с обеих сторон каждые 3-4 месяца (prolongation morbid cr coli uteri).

**Выводы.** 1. Ретроградная и антеградная БД приобретенных стриктур мочеточников и ЛМС является эффективным методом лечения стриктур ВМП, позволяющие избавить целый ряд больных от повторных, травматических, реконструктивно-пластических операций. 2. Методика позволяет значительно сократить сроки стационарного лечения, раннюю активизацию больного (на 1-3 сутки), избежать значительного количества осложнений в процессе операции, установлена возможность её повторного применения без особого риска для больного и почки. 3. Эффективность эндоскопической БД зависит от сроков возникновения стриктуры, её локализации, состояния окружающих тканей мочеточника и ЛМС, а также функционального состояния пораженной почки. 4. Чем больше степень развития рубцово-склеротического процесса, протяженность облитерации и сроков развития стриктуры, тем выраженнее изменения: пиелозктазия, явления уретерогидронефроза, истончение паренхимы почки, её склеротические изменения, тем сомнительнее позитивные результаты эндоскопической БД. 5. Методика БД проводится в асептических условиях, под рентгеноскопическим контролем. Доступ возможен антеградно и ретроградно. Методом выбора стентирования ВМП при рецидивных стриктурах является установка стента с подвижной муфтой. 6. Необходимым условием проведения БД является опыт уролога, который должен владеть всеми видами трансуретральных и перкутанных эндоурологических вмешательств.

## **ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ**

УДК 618.1-055.23:616.61

### **РОЛЬ УРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В РОЗВИТКУ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІВЧАТ**

*Андрієць О.А., Боднарюк О.І.*

Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

Вивчаючи проблеми репродуктивного здоров'я дівчат Буковини не можна не звернути увагу на проблеми в їх соматичному здоров'ї на тлі яких можуть розвиватися порушення гінекологічного статусу, або ж екстрагенітальні захворювання виникають як ускладнення гінекологічної патології. На особливу увагу заслуговують запальні захворювання сечовидільної системи, як одні із складових в процесі виникнення та розвитку гінекологічної патології. Особливої уваги заслуговують хронічні запальні захворювання нирок і сечового міхура. Так, захворюваність на хронічний піелонефрит серед дівчат до 14 років які проживають в Чернівецькій області, перевищує в 1,5 раза аналогічну по Україні (табл. 2). Впродовж останніх років спостерігається нестримний ріст інфекцій нирок і у дівчат віком 15 – 18 років. Так, в 2007 році їх поширеність була в 1,6 рази вища у дівчат Чернівецької області ніж в Україні в цілому (табл. 3), що повністю співпадає із показником поширеності запальних захворювань внутрішніх жіночих статевих органів у них і ще раз підтверджує вже відомі положення про етіологічні фактори та патогенетичні механізми розвитку запальних захворювань геніталій. Ще більшу стурбованість викликає захворюваність та поширеність урологічної патології серед дівчат, що можуть спровокувати розвиток гінекологічних захворювань у них. Захворюваність та поширеність циститу заслуговує на особливу увагу в дівчат віком до 14 років, оскільки обидва показники в Чернівецькій області перевищують загальнодержавні в 2,2 і 2,1 рази (табл. 1, 2). В 2007 році рівень захворюваності на цистит у дівчат Буковини віком 15-18 років був в 2,5 рази, а поширеності – в 2,4 рази вищими ніж в Україні (табл. 3, 4).

Враховуючи близькість анатомічного розташування та спорідненість гістологічної будови епітелію уrogenітальної ділянки, що важливо для тропності

патогенної мікрофлори, захворювання сечовидільної системи необхідно розглядати як один із чинників виникнення, розвитку та прогресування запальних захворювань жіночих статевих органів, які в подальшому призводять до порушення їх функцій та викликають патологічні зміни фізіологічного функціонування. Саме за такою схемою і розвиваються порушення менструальної функції на тлі запальних процесів геніталій у дівчат. З цього приводу важливо звернути увагу на роль у виникненні порушень менструальної функції виявлення інфекцій, які передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ), особливо це стосується урогенітального мікоплазмозу, захворюваність на який в Чернівецькій області у дівчат віком до 14 років в 3,8 раза перевищила показник по Україні.

Таблиця 1

Порівняльність урологічної патології у дівчаток Чернівецької області віком до 14 років

Позологія	На 1000 відповідного населення					
	2003	2004	2005	2006	2007	Україна 2007
Інфекції нирок	12,36	14,83	15,45	16,26	15,64	14,69
Хр. пієлонефрит	6,25	7,63	8,23	8,66	8,59	7,98
Цистит	5,47	6,14	6,68	7,83	8,33	3,95

Таблиця 2

Захворюваність дівчаток віком до 14 років, мешканок Чернівецької області, на урологічну патологію

Позологія	На 1000 відповідного населення					
	2003	2004	2005	2006	2007	Україна 2007
Мікоплазмоз уrogenітальний	47,43	53,89	37,69	18,06	10,54	2,80
	На 1000 відповідного населення					
Інфекції нирок	4,36	5,08	4,25	3,48	3,60	4,43
Хр. пієлонефрит	1,70	1,85	1,66	1,33	1,65	1,09
Цистит	5,09	5,51	6,29	7,48	8,09	3,69

Таблиця 3

Порівняльність урологічної патології у дівчат Чернівецької області віком 15-18 років

Позологія	На 10 000 відповідного населення					
	2003	2004	2005	2006	2007	Україна 2007
Інфекції нирок	169,8	174,5	177,7	191,2	230,0	198,7
Хронічний пієлонефрит	138,0	142,2	129,2	133,8	155,8	151,5
Цистит	48,8	85,0	104,7	88,8	166,3	68,1

Таблиця 4  
Захворюваність дівчат віком 15-18 років, мешканок Чернівецької області, на урологічну патологію

Позологія	На 10 000 відповідного населення					
	2003	2004	2005	2006	2007	Україна 2007
Інфекції нирок	50,1	34,0	46,2	47,8	48,6	45,1
Хронічний пієлонефрит	31,3	19,0	25,0	19,8	18,0	17,5
Цистит	48,3	78,6	101,4	85,9	162,8	64,5
	На 100 000 відповідного віку					
Мікоплазмоз уrogenітальний	108,85	176,69	94,32	77,26	65,13	39,86

**Висновки.** 1. Прослідковується коло взаємозалежних гінекологічно – урологічних захворювань які сприяють, підтримують, або ж провокують виникнення та швидке прогресування один одного. 2. Порушення цілісності цього кола та патогенетично обґрунтоване лікування кожної складової частини сприятиме уникнення багатьох проблем які один раз виникаючи в підлітковому віці можуть супроводжувати дівчину – жінку все її подальше життя. 3. Уникнути таких проблем допоможе тільки тісна співпраця педіатрів, гінекологів, нефрологів та урологів під час проведення обов'язкових профоглядів серед дівчат-підлітків, а також неухильна увага зі сторони батьків. 4. Особлива увага повинна приділятися питанням гігієнічного та статевого виховання дівчат підліткового віку, формування у них ціннісних орієнтирів здоров'я, профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, тощо. 5. Важливого значення для цього віку набувають питання ранньої діагностики та лікування порушень репродуктивної системи підлітків, виявлення та корекція екстрагенітальних захворювань, що в подальшому можуть ускладнювати вагітність та пологи.

Таблиця 1  
Результати лікування препаратом „Цифран ОД” хворих  
загостренням хронічного простатиту

Результат лікування	Кількість спостережень
Добрий (зникнення клінічних симптомів, нормальні показники секрету простати)	27 (37,5%)
Задовільний (зменшення клінічних симптомів, покращення показників секрету простати)	36 (50%)
Незадовільний (стан без змін)	9 (12,5%)
Усього	72 (100%)

Задовільні результати отримані у 50% хворих. Тут результати лікування були однаковими серед усіх пацієнтів. Незадовільні результати відмічені у 12,5% хворих. Основну частину цих пацієнтів склали хворі, основною скаргою у яких був больовий синдром. Останні дві групи пацієнтів підлягали подальшому обстеженню та лікуванню.

Що стосується побічних явищ, то із 72 хворих, які лікувалися „Цифраном ОД”, ускладнення від вживання препарату спостерігали лише у 4 хворих у вигляді нудоти, яка носила легкий характер і не вимагала припинення лікування.

**Висновки.** 1. Отримані результати комбінованого лікування хворих хронічним простатитом у фазі загострення із застосуванням препарату „Цифран ОД” показали його високу ефективність. 2. Простота застосування препарату, відносно низька його вартість, невелика кількість побічних явищ, позитивні наслідки лікування, дозволяють рекомендувати Цифран ОД як один із препаратів вибору у лікуванні загострення запального процесу у простаті.

УДК: 616.644.69-02:616.983-059-085.28

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛІАСТЕН У ЛІКУВАННІ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

Строй О.О., Борис Ю.Б., Діденко Т.В., Строй Д.О., Щедяк О.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** В ряді основних проблем сучасної урології знаходяться урогенітальні інфекції, серед збудників яких одне з провідних місць займає внутрішньоклітинний мікроб *Chlamidia trachomatis*. В чоловіків цей мікроб викликає негонорейні/постгонорейні уретрити, епідідиміти, простатити, у жінок – уре-

трипти, цервіцити, сальпінгіти, ендометрити, ектопічні вагітності та передчасні пологи. Також можливе виникнення безпліддя у чоловіків та жінок.

Окрім цього, хламідії можуть спричинювати кон'юнктивіти, бронхіти, синусити, атипові пневмонії і т.д. На сучасному етапі, хронічній хламідійній інфекції також відводиться певна роль в розвитку атеросклерозу та інфаркту міокарда. Окрім *Chlamidia trachomatis* в виникненні цих захворювань етіологічну роль відіграють і інші види хламідій, а саме: *Chlamidia pneumoniae* і *Chlamidiae psitacei*. *Chlamidia trachomatis* виявляється у 40% чоловіків з негонорейним уретритом. Окрім цього мікроба, збудниками хронічних урогенітальних інфекцій можуть бути й інші внутрішньоклітинні мікроби. До них відносять *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*.

Серйозною проблемою в діагностиці та лікуванні хронічних урогенітальних інфекцій є частий безсимптомний або субклінічний перебіг захворювання. Нерідко первинна інфекція не діагностується а розпізнається лише за розвиненими ускладненнями. Тому ефективна діагностика та повноцінна терапія урогенітальних інфекцій є першочерговими завданнями в лікуванні цієї патології.

**Матеріал і методи.** В даній статті наводиться досвід використання імуномодулятора ліастен в комплексному лікуванні урогенітальних інфекцій. Група з 19 пацієнтів віком від 19 до 45 років отримувала ліастен по 5 ін'єкцій на курс лікування, з інтервалом 5 діб між ними, в добовій дозі 0,002.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При контрольному культуральному дослідженні хворих через місяць після закінчення лікування у 16 хворих хламідій не виявлено. У 3 пацієнтів були виявлені звичайні форми *Chlamidia trachomatis*.

Як відомо, ці форми є чутливими до антибіотиків. При імунологічному дослідженні після терапії ліастеном в значалося збільшення кількості CD4+ лімфоцитів та NK-клітин, а також підйом рівня інтерферонів до субнормальних величин. Спостерігалось також підвищення рівня імуноглобулінів IgA і IgM. Слід нагадати, що IgA відіграє важливу роль в захисті слизових оболонок від інфекційних агентів.

В іншому дослідженні ліастен застосовували в добовій дозі 0,002, 5 ін'єкцій на курс у 12 хворих з хронічним хламідійним простатитом. У всіх хворих після курсу лікування повністю зникли клінічні скарги: болі