

5. Gales AC, Jones RN, Gordon KA, et al. Activity and spectrum of 22 antimicrobial agents tested against urinary tract infection pathogens in hospitalized patients in Latin America: report from the second year of the SENTRY antimicrobial surveillance program (1998). *J Antimicrob Chemother* 2000;45(3):295–303.
6. Ruden H, Gastmeier P, Daschner FD, Schumacher M. Nosocomial and community-acquired infections in Germany. Summary of the results of the First National Prevalence Study (NIDEP). *Infection* 1997;25(4):199–202.
7. Антибіотикорезистентність та інфекційний контроль. Інформаційне управління Апарату Верховної ради України. <http://www.rada.gov.ua>
8. Maki DG, Tambyah PA. Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerg Infect Dis* 2001; 7(2):342–7.
9. WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, worldwide threat to public health. URL: <http://www.who.int/media centre/news/releases/2014/amr-report/en>.
10. Guideline European Association of Urology, 2014
11. Ramakrishnan K., Scheid D.C. Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults // *Am. J. Fam. Phys.* 2005; 71(5): 933-941.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ І ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК

Баранник С.І., Агафонов М.В., Сірюгін В.П.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

КЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії», м. Дніпро

Висхідне інфікування набуває важливого значення у розвитку запальних хвороб не тільки статевих, але й сечовивідних шляхів у жінок. У фізіологічному аспекті нижні і верхні відділи статевої системи, а також нижні сечові шляхи – достатньо складна, багатогранна, взаємопов'язана система, яка поєднує у собі загальність анатомічних структур, кровопостачання, іннервації та особливостей топографії. В комплексі ці органи одночасно виконують опірну, екскреторну та бар'єрну функції. Зовнішні статеві органи діють за потужний біологічний фактор захисту від інвазивних інфекційних процесів[1].

Анатомічні особливості органів сечових шляхів у жінок полягає в іншій побудові навколонирикової жирової клітковини, що полегшує розвиток нефроптозу, а також у більш низькому і майже горизонтальному розташуванні сечового міхура, у великій його фізіологічній ємності та в особливостях побудови сечівника. Тканини жіночого сечівника мають змогу значно розтягуватися. Через це, з одного боку, у жінок значно легко проходить акт сечопуску і рідко виникає затримка сечопуску та пов'язані із цим захворювання. З іншого боку, короткий та прямий жіночий сечівник, відкривається у пристінок піхви, може діяти фактором, який сприяє висхідному інфікуванню сечових шляхів, чим і пояснюють достатньо часті (у порівнянні із чоловіками) запальні захворювання сечового міхура та верхніх сечових шляхів.

Сечовий міхур у жінок має овальну форму. Тиск шийки матки часто змінює форму сечового міхура, створює заглиблення у його верхньому контурі і надає міхуру сідлоподібної форми. Крім того, на конфігурацію сечового міхура впливають захворювання навколонирикової клітковини та яєчників. З віком, починаючи із постменопаузального періоду, еластичність тканин сечового міхура у жінок знижується, у зв'язку із чим сечопуск може почастишати. В інших випадках, навпаки, зниження тону сечового міхура призводить до більш рідкого сечопуску і порушує його випорожнення [2].

Слід особливо відзначити важливість впливу балансу статевих гормонів на стан сечових органів жінки. Ембріогенетичне походження статевої і сечової систем обумовлює вплив жіночих статевих гормонів на різні відділи сечової системи жінки, підтримуючи їх тонус, динаміку випорожнення. Порушення у гормональному балансі призводять до функціональних порушень у органах сечовивідної системи. За умов патологічних процесів у жіночих статевих органах або гінекологічних операціях щільна анатомо-фізіологічна наближеність, генетичний зв'язок, загальна іннервація, крово- та лімфотоку між статевими органами і органами сечовивідної систем можуть призвести до порушень у тій чи іншій частині останніх [3, 5].

Вади розвитку жіночої статевої сфери часто комбінуються з аномаліями розвитку органів сечовивідної системи, що пояснюється зв'язком, який є між парамезонефральними і мезонефральними протоками у ембріональному періоді.

Таким чином, ряд факторів анатомо-фізіологічних взаємин статевих органів і сечових шляхів у жінок сприяє контамінації останніх мікроорганізмами із аногенітальної зони і розвитку висхідного запального процесу нижніх і верхніх сечових шляхів.

Останніми роками концепція інфікування сечового міхура у жінок через сечівник внаслідок його анатомічних особливостей набула багатьох прихильників. Слід визначити, що бактеріурія (або інфекція сечових шляхів), яка є передвісником, начальною ознакою і етіологічним фактором гострих і хронічних захворювань органів сечової системи (пієліт, цистит, пієлонефрит), присутня у 10% «здорових» чоловіків і жінок. Під час профілактичного обстеження суб'єктивно-асимптомна бактеріурія визначається у 3-7% молодих практично здорових жінок.

Існує кореляція між інфекцією сечових шляхів, яка обумовлена *E. coli* та іншими бактеріями кишкової групи, а також колонізацією цими бактеріями аногенітальної зони та навколо зовнішнього отвору уретри.

Порушення бар'єрних властивостей слизових оболонок сечостатевих органів, які обумовлені будь-якими причинами, призводить до бактеріальної колонізації цих зон і створенню умов для формування резервуару інфекції не тільки у зовнішнього отвору уретри, а часто і у дистальному її відділі. Проте, інвазія бактерій до сечового міхура не є основною умовою до розвитку запального процесу. Сечовий міхур у жінок має значну резистентність до бактеріальної інвазії, яка обумовлена низкою антибактеріальних механізмів, які постійно та ефективно діють у здорових жінок. Епітелій сечового міхура (уротелій) виробляє та виділяє на поверхню мукополісахаридну субстанцію, яка вкриває поверхню клітини і створює захисний шар, що є антиадгезивним фактором. Утворення цього мукополісахаридного шару вважається гормонально залежним процесом: естрогени впливають на його синтез, а прогестерон на його виділення епітеліальними клітинами. Дисфункція яєчників має місце майже у 7% жінок із хронічним циститом. До 15% жінок мають дизурію під час менструації. В анамнезі майже в три рази частіше виникають викидні після гормональних стресів.

У генезі запалення стінки сечового міхура у жінок важливого значення набуває сексуальна активність. Так, у більшості жінок із інфекцією сечових органів початок захворювання припадає на період статевої зрілості та найбільшій сексуальній активності. Варіанти топографо-анатомічних взаємовідносин зовнішнього отвору уретри, інтроїтуса та передньої стінки піхви створюють умови для ретроградного транспорту мікроорганізмів до сечового міхура у жінок під час *coitus*. Цьому також сприяє кількість статевих партнерів.

Ретроградному інфікуванню сечового міхура активно сприяють різноманітні інструментальні втручання, під час яких також може бути пошкоджений захисний мукополісахаридний шар на слизовій оболонці сечового міхура. Важливим для висхідного шляху розповсюдження інфекції стала визначена останніми роками спроможність бактерій до адгезії не тільки до живої клітини, але й до поверхні інструментів (катетерів, бужів, ендоскопів тощо), які використовують для трансуретральних діагностичних і лікувальних втручань. Ця властивість сприяє висхідному впровадженню інфекції під час цих маніпуляцій.

Останніми роками відзначено зростання ролі генітальних мікоплазм, у тому числі *Ureaplasma urealyticum*, в розвитку запальних захворювань сечостатевої системи. До того ж слід відзначити розповсюдженість генітальних мікоплазм у людини. За даними дослідників у жінок, які склали 2/3 від кількості пацієнтів із дизурією та виділеннями із уретри, *U. urealyticum* складала 45%.

Визначення адекватної тактики терапії жінок із запальними урогенітальними захворюваннями завжди є складною проблемою. Вибір антибактеріального препарату повинен базуватися на результатах комплексного клініко-мікробіологічного обстеження і результатах вивчення антибіотикочутливості до умовно-патогенних мікроорганізмів та *U. urealyticum*. За умов клініко-мікробіологічних ознак супутнього урогенітального трихомоніазу, кандидозу або іншої інфекції слід призначати лікування відповідно методичним рекомендаціям і стандартам лікування. Пацієнткам із циститом слід призначати також патогенетичну і симптоматичну терапію, а також антибактеріальні препарати відповідно до чутливості до них виділених умовно-патогенних мікроорганізмів [4].

Профілактика запальних урогенітальних захворювань полягає у проведенні необхідних заходів гігієни статевих органів і гігієни статевого життя, які впливають із визначених факторів ризику висхідної інфекції сечових шляхів. Їх треба усувати протягом всього життя (частина з них – з раннього дитинства проводить мати дитини, потім – у перехідному віці – під наглядом матері, дорослою дівчиною та жінкою – самостійно).

Заходи гігієнічної профілактики спрямовані на усунення гігієнічними засобами інфекційних агентів аногенітальної зони, в той час як метою клінічної профілактики є лікувально-профілактичні заходи з ліквідації запальних захворювань, які передують інфекції сечових шляхів.

Медична профілактика на клінічному етапі, тобто на етапі уже розвинутих виражених запальних захворювань сечостатевих органів, обумовлює необхідність своєчасного звернення до лікаря і раннього розпочатку лікування з приводу гострого циститу.

Жінки, які перенесли гострий цистит, у зв'язку із високим наступним ризиком гострого пієлонефриту повинні перебувати під диспансерним наглядом уролога, їм слід проводити регулярне контрольне обстеження, а саме з метою визначення резидуальної бактеріурії.

Проблема активного визначення безсимптомної бактеріурії у жінок достатньо актуальна, у тому числі для профілактики гострого пієлонефриту, особливо у групах підвищеного ризику: дівчатка

дошкільного і шкільного віку, вагітні, гінекологічні хворі. Важливого значення набуває профілактика рецидиву гострого пієлонефриту. Особи, які мають в анамнезі свідчення про гострий пієлонефрит, потребують диспансерного нагляду і наступного призначення антимікробної і патогенетичної терапії до виникнення тривалої ремісії.

До важливих заходів профілактики інфекції сечових шляхів та гострого уриногенного пієлонефриту у жінок, в першу чергу, належать рання діагностика і адекватна терапія запальних захворювань органів статевої системи, у тому числі пов'язаних із бактеріальними інфекційними агентами, що передаються статевим шляхом.

Література:

1. Возіанов О.Ф. Гострий пієлонефрит у жінок репродуктивного віку. Чинники запального процесу нирок й фактори, що сприяють його розвитку / [О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, А.В. Руденко та ін.] // Матеріали з'їзду Асоціації урологів України, м. Одеса, 16-18 вересня 2010 р.: Урологія. - 2010. - Т. 14, Додаток. - С. 97-102.
2. Кисина В.И. Урогенитальные инфекции у женщин: Клиника, диагностика, лечение / Под. ред. В.И. Ксиной, К.И. Забирова. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2005. – 280 с.
3. Пасечніков С.П. Влияние менструального цикла и инфекционно-воспалительных процессов гениталий на частоту возникновения острого неосложненного пиелонефрита у женщин репродуктивного возраста / [С.П. Пасечніков, Н.В. Митченко, П.А. Самчук] // Урологія. – 2015. – Т. 19. - № 2. – С. 108.
4. Пасечніков С.П. Фактори ризику розвитку несприятливого перебігу гострого неструктурного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку / [С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, В.І. Гродзінський, П.О. Самчук] // Урологія. - 2016. - Т. 20, №1. - С. 17-22.
5. Пасечніков С.П. Менструальний цикл, як фактор оцінки важкості перебігу гострого неструктурного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку / [С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, В.І. Гродзінський, П.О. Самчук] // Урологія. - 2016. - Т. 20, №2(77). - С. 94-95.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИЗУРИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Бачурин В.И., Бачурин Г.В., Коломоец Ю.С.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Проведено открытое исследование по оценке эффективности ректальных суппозиторий «Дистрептаза» в дополнении к стандартной терапии в послеоперационном периоде после оперативных вмешательств на предстательной железе.

С марта 2013 по сентябрь 2017 гг. в ГБЭиСМП г. Запорожье были прооперированы 453 больных аденомой предстательной железы. В контрольную группу вошли 264 пациента, в основную группу - 189 больных с аденомой предстательной железы. В контрольной группе, в послеоперационном периоде, получали антибактериальную терапию (зацеф – антибиотик цефалоспоринового ряда второго поколения, действующее вещество – цефуроксим, , назначенный по 1 г 2 раза в день и метрогил – действующее вещество – метронидазол – группа производных нитроимидазола, по 100,0 мл 3 раза в день. В основной группе к дополнению к антибактериальной терапии применялись свечи «Дистрептаза» per rectum по 1 свече 2 раза в день, начиная с первого дня после оперативного лечения. Продолжительность антибактериальной терапии в обеих группах составила 10 дней.

При анализе в контрольной группе больных, из 264 человек, в раннем послеоперационном периоде инфекционно – воспалительные процессы и дизурия выявлены у 95 пациентов (что составило - 36%). В основной группе больных, из 189 пациентов, в раннем послеоперационном периоде инфекционно – воспалительные процессы и дизурия наблюдались у 12 пациентов (что составило 6,35%). Характерной особенностью анализируемых больных в основной клинической группе явилось изменение лечебной тактики в виде применения свечей «Дистрептаза» в первые сутки послеоперационного периода. Применение указанной тактики позволило снизить количество возникающих инфекционно – воспалительных и дизурических осложнений в раннем послеоперационном периоде более чем в 5 раз.

Введение. Аденома предстательной железы весьма распространенное заболевание у мужчин пожилого возраста. На данное время удачно используется большое количество разных видов оперативных вмешательств при лечении заболеваний предстательной железы. В среднем, количество осложнений после оперативного лечения при заболеваниях предстательной железы составляет около 10-20%. После проведенной трансуретральной резекции простаты рецидивная задержка мочи наблюдается у 3-9%, инфекционно – воспалительные осложнения - 5-20%, недержание мочи – 30%. После проведенного оперативного вмешательства в объеме одномоментная чрезпузырная аденомэктомия, частота осложнений составляет: недержание мочи наблюдается у 1-3%, обструктивные нарушения 1,7 – 20,0%, инфекционно – воспалительные осложнения – до 30%. Применение препарата «Дистрептаза» в терапии для улучшения проникновения к очагу воспаления