

безпліддя (223 хворих, 34,56%). 203 хворих (31,58%) не пред'являли скарг і варикоцеле було виявлено випадково під час проведення профілактичних оглядів. У хворих превалювали варикоцеле III 266 (41,46%) і II 220 (34,21%) ступенів виразності, рідше зустрічалось варикоцеле I ступеня 156 (24,23%). Чистота виявлення I (реносперматичного) типу венозного рефлюкса склала 489(76,3%), II (ілеосперматичного) типу венозного рефлюкса – 81 (12,6%), III (змішано-го) типу венозного рефлюкса – 72 (11,2%).

107 (15,9%) хворих були прооперовані під місцевою анестезією, 535(84,3%) – під внутрішньовенною анестезією. Контрольне обстеження проводили через рік після оперативного лікування.

Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакета програм Statistica v.17.0 виробництва компанії StatSoft.

**Результати.** Тривалість операції склала від 16 до 40 хв. (сер.  $24 \pm 9,56$ ). У післяопераційному періоді з метою анальгезії не застосовувались наркотичні анальгетики, ін'єкційні ненаркотичні анальгетики застосовувались тільки в 42 (6,48%) випадках, таблетовані анальгетики в 561 (87,46%), відмовились від анальгетиків 22

(3,46%). Пацієнти виписувались через декілька годин або на наступний день після операції. Тільки в 3 випадках відзначений рецидив захворювання (на ранньому етапі освоєння методики). У жодному випадку в післяопераційному періоді не були діагностовані гідроцеле, атрофія яєчка або інші ускладнення.

У контрольних дослідженнях через рік купірування болі відзначено у 557 (86,72%) хворих, збільшення у розмірах яєчка 274 (42,68%), покращення показників сперми у 401 (62,41%), настання спонтанної вагітності у 121 (18,82%), рецидив зареєстровано у 30 (4,6%) хворих.

**Висновки.** Отримані результати лікування варикоцеле методом J.L. Marmar дозволяють вважати, що дана методика є високоефективним засобом усторонення варикоцеле, патогенетично обґрунтована при всіх видах гемодинамічних порушень і в усіх випадках рецидивного варикоцеле, а також мінімальна інвазивність і, як наслідок, короткий післяопераційний період, зменшення часу перебування у стаціонарі, короткий відновлювальний період. Оперативне лікування варикоцеле сприяє покращенню показників сперми і спонтанним вагітностям.

## РОЛЬ ФАЗ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ТА ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ГЕНІТАЛІЙ У ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОГО НЕУСКЛАДНЕНОГО ЦИСТИТУ У ЖІНОК

С.П. Пасечніков<sup>1,2</sup>, П.О. Самчук<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

<sup>2</sup> ДУ «Інститут урології НАМН України»

**Мета дослідження:** визначення ролі фаз оваріально-менструального циклу та хронічних запальних хвороб органів малого таза у патогенезі гострого неускладненого циститу у жінок.

**Матеріали та методи.** У роботі наведено результати обстеження 232 жінок, хворих на гострий необструктивний пієлонефрит (ГНП). Проаналізовано частоту виникнення гострого неускладненого циститу (ГНЦ), який передував ГНП. З загального числа хворих, на наявність симптомів ГНЦ на початку захворювання вказали 178 (76,7%). З них у 135 (I група) виявлено супутні хронічні запальні хвороби органів малого таза (ХЗХОМТ), а саме – вагініт, ендометрит, сальпінгіт, оофорит та 43 жінки (II група) без супутніх ХЗХОМТ. Дані групи були розділені в залежності від дня ОМЦ, в який розпочалося захворювання.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними 83,2 $\pm$ 2,8% загальної групи хворих жінок репродуктивного віку, ГНЦ починається з 20-го по 5-й день ОМЦ. Отримані результати дослідження в групах свідчать про те, що у 60,7% жінок I групи та у 22,5% жінок II групи у період з 20-го по 5-й день ОМЦ частота виникнення ГНЦ у 4 та 13 разів відповідно вища, ніж у інші дні циклу. У період з 20-го по 5-й день ОМЦ ГНЦ майже у 3 рази частіше виникає за наявності ХЗХОМТ (60,7 $\pm$ 3,7% проти

22,5±3,1%,  $p < 0,001$ ). У період з 6-го по 19-й день ОМЦ ГНЦ майже у 9 разів частіше виникає за наявності хронічних запальних хвороб органів малого таза ( $15,2 \pm 2,7\%$  проти  $1,7 \pm 1,0\%$ ,  $p < 0,001$ ). Це свідчать, що ХЗХОМТ реалізують свій патогенетичний потенціал й поза межами періоду, в який ризики виникнення або загострення ГНЦ є максимальним для жінок репродуктивного віку.

**Висновки.** У цілому отримані результати дають змогу стверджувати, що період з 20-го по 5-й день ОМЦ, який об'єднує гестагенову та менструальну фази, є найбільш небезпечним для

виникнення ГНЦ, незалежно від наявності або відсутності супутньої інфекційно-запальної гінекологічної патології. Це дає можливість по-новому оцінити принципи профілактики даного захворювання у жінок репродуктивного віку. На наш погляд, саме в цей період доцільно призначати протирецидивні курси антибактеріальної та імунокорегуючої терапії хворим на ГНЦ та у поєднанні з ХЗХОМТ. Подібний підхід дозволить підвищити ефект протирецидивної терапії та зменшити соціально-економічні втрати, пов'язані з лікуванням та реабілітацією жінок репродуктивного віку.

#### Адреса для листування

П.О. Самчук  
E-mail: doctorspa@ukr.net  
Тел.: +380979518675

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО НЕУСКЛАДНЕНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ХВОРИХ ЗА НАЯВНОСТІ ЗБУДНИКІВ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ РІЗНОЇ ТАКСОНОМІЧНОЇ НАЛЕЖНОСТІ

*С.П. Пасечніков, М.В. Мітченко, А.В. Руденко*

*ДУ «Інститут урології НАМН України»*

Гострий пієлонефрит за частотою займає друге місце після запальних захворювань органів дихання і складає 14% всіх захворювань нирок. Жіночі статеві шляхи, є одним із джерел інфікування сечових шляхів, а ІПСШ – чинниками запалення сечових і статевих шляхів.

Мета дослідження: з'ясувати питому вагу інфікованості біоматеріалу із сечовивідних та статевих шляхів збудниками різної таксономічної належності та визначити їх вплив на перебіг гострого неускладненого пієлонефриту (ГНП) у жінок репродуктивного віку.

Обстежено та проліковано 246 жінок репродуктивного віку від 18 до 49 років, хворих на ГНП. Діагностику проводили згідно з вітчизняним та міжнародним протоколами ведення хворих на гострий пієлонефрит. Комплексне мікробіологічне дослідження включало посіви не тільки сечі, а й зіскрібків слизової сечівника, цервікального каналу та мазків із піхви. Додатково хворі були обстежені гінекологом.

З урахуванням анамнезу хворі були розподілені на 3 групи. І групу склали пацієнтки,

що вперше хворіли на гострий неускладнений пієлонефрит, у тому числі – із супутнім гострим циститом; II групу – жінки з вперше діагностованим ГНП та хронічним рецидивуючим циститом; III групу – жінки з діагнозом рецидивуючого ГНП.

Аналізували наступні клінічні та лабораторні показники: гіпертермія, дизурія, лейкоцитурія, лейкоцитарний показник. Отримані дані були формалізовані і, залежно від результату, виділені три варіанти клінічного перебігу: легкий, середньої важкості та важкий.

За результатами мікробіологічної діагностики, в залежності від виявлених в сечових шляхах збудників різної таксономічної належності, хворі були розподілені на 4 групи. В I групу увійшли жінки, у яких виявлялись тільки класичні бактерії; в II групу – хворі, в сечі та зіскрібках сечівника яких виявлені бактерії разом з молікутами – мікоплазмами та уреоплазмами; в III групу – жінки з наявністю тільки молікутів. У хворих IV групи не було виявлено вищевказаних збудників.