

Уретрит

Дата: 29 квітня, 2020

Автор: Robert Drabczyk

Зміст

- Що таке уретрит
- Які існують причини виникнення уретриту
- Якими є симптоми уретриту
- Що робити при появі симптомів уретриту?
- Як лікується уретрит

Що таке уретрит і які його причини?

Сечовипускний канал (сечівник, уретра), який є кінцевим відділом сечовивідних шляхів, — це гнучка трубка, по якій сеча виводиться з сечового міхура назовні. Він є коротким у жінок, зате набагато довшим у чоловіків. Зовнішній отвір сечовипускного каналу у жінки знаходиться вище від піхви, а у чоловіка — на верхівці голівки статевого члена.

Уретрит — це запалення слизової оболонки сечовипускного каналу, викликане інфікуванням різними мікроорганізмами. Практично у всіх випадках це захворювання, яке передається статевим шляхом. Уретрит є найпоширенішим захворюванням, що передаються під час статевих контактів. Тільки в поодиноких випадках уретриту причина інша, наприклад, через введення катетера в сечовий міхур (частіше у випадку латексних катетерів, ніж силіконових), введення сторонніх предметів в сечівник (наприклад, діти, особи з порушеннями розумового розвитку) або як ускладнення інфекції сечової системи.

Залежно від причини, що викликає уретрит, він поділяється на дві категорії:

- **гонорейний уретрит:** причиною є бактерія — гонокок
- **негонококовий уретрит:** найчастішими причинами є хламідії, рідше мікоплазми, вагінальна трихомонада.

Як часто виникає уретрит?

Кількість випадків уретриту неможливо визначити, оскільки в багатьох випадках протікає без симптомів. Крім того, багато людей із симптомами уретриту не звертаються до лікаря і не лікуються. З огляду на те, що захворювання передаються статевим шляхом, це хвороба переважно молодих, сексуально активних людей. Типовий пацієнт — молодий чоловік, який має сексуальні контакти з багатьма партнерками або партнерами. Захворювання у жінок зустрічається зі схожою частотою, однак, воно набагато частіше протікає без симптомів, тому повсюдно вважають, що жінки хворіють рідше.

Як проявляється уретрит?

Симптомами уретриту у чоловіка є:

- **виділення слизово-гнійного або гнійного вмісту з уретри.** Виділення можуть бути різного кольору: білуватий, жовтуватий, зеленуватий або коричневий. Виділення з уретри можна виявити на основі забруднення білизни (засохлі плями, викликані виділеннями з уретри). У виділеннях з уретри можуть бути домішки крові.
- **біль, печіння або поколювання, які відчуються в уретрі,** особливо в дистальному кінці уретри на її зовнішньому отворі на верхівці статевого члена під час сечовипускання (мікції). Ці скарги можуть бути найсильнішими зранку, під час першого після ночі сечовипускання. Може бути видно подразнення, почервоніння отвору уретри
- **свербіж зовнішнього отвору уретри,** який також відчувається в період між сечовипусканнями
- **важкість або навіть біль у яєчках**
- можуть проявлятися, особливо в нелікованих випадках, наступні симптоми, що вказують на ускладнення або додаткову хворобу, наприклад, інфекцію сечової системи, простатит або епідидиміт (гарячка, біль промежини, біль в тазу, часте сечовипускання, терміновий позив на сечовипускання тощо).

Симптоми у жінки це:

- **вагінальні виділення** (поява або їх збільшення)
- **біль внизу живота**
- рідше такі порушення, як міжменструальна вагінальна кровотеча, значне збільшення менструальної кровотечі, печіння під час сечовипускання.

Навіть без лікування симптоми уретриту майже завжди проходять самостійно до шести місяців, як правило, протягом декількох тижнів. Це не означає вилікування від інфекції. У багатьох випадках людина все ще інфікована і може передавати інфекцію сексуальним партнерам.

Що робити при появі симптомів уретриту?

1. В разі появи симптомів, що вказують на уретрит, зверніться до лікаря, зазвичай це буде лікар первинної ланки або гінеколог. Дуже важливо негайно почати лікувати інфекцію, так як це попередить ускладнення і зараження статевих партнерів.
2. Також слід утримуватися від будь-яких сексуальних контактів, оскільки можна заразити партнерів.
3. Усі сексуальні партнери хворої особи також повинні негайно звернутися до лікаря, оскільки дуже ймовірно, що вони також інфіковані, навіть якщо у них відсутні симптоми.

Як лікар встановлює діагноз уретрит?

Повідомлені скарги та симптоми настільки характерні, що вже на їх підставі лікар, з великою ймовірністю, може підозрювати уретрит. Під час збору анамнезу лікар, запідозривши уретрит, який є захворюванням, що передається статевим шляхом, завжди збирає інформацію про статеві контакти, їх тип, чи партнери використовували презерватив, чи не хворіють нинішні партнери, чи не лікуються від інфекцій сечостатевої системи, а також інформацію про попередні захворювання, які передаються статевим шляхом.

Під час огляду пацієнта лікар оглядає та обстежує статеві органи, отвір уретри та навколишню ділянку, лімфатичні вузли в паху, а у чоловіка зазвичай проводить ректальне (через пряму кишку) пальцеве дослідження простати. Оцінює наявність та характер виділень з уретри (оглядаючи нижню білизну, стискаючи уретру для отримання витікання виділень). Інформація з анамнезу (можливість зараження від статевого партнера), характер скарг та результати медичного огляду зазвичай є достатніми

для того, щоб лікар діагностував уретрит і призначив відповідне лікування. Лікар може призначити загальний аналіз сечі та посів сечі (особливо, якщо симптоми вказують на можливість інфікування сечової системи), мікроскопічне дослідження виділень або мазка з уретри, посів виділень або мазка з уретри або мазка з піхви та шийки матки. Дуже рідко потрібні складніші дослідження з крові або мазків для виявлення конкретного збудника, що викликає інфекцію.

Які методи лікування уретриту?

Уретрит викликається інфекцією і лікування передбачає використання антимікробних лікарських засобів, насамперед антибіотиків.

Дуже часто невідомо, чи це гонорейний, чи негонорейний уретрит. Крім того, пацієнт з гонорейною інфекцією також може мати негонорейну інфекцію. Тому зазвичай лікар рекомендує лікарський засіб, ефективний при обох формах уретриту. Це азитроміцин одноразово перорально (всередину). Якщо відомо, що це гонорейний уретрит, лікар може порекомендувати інший препарат, наприклад, ципрофлоксацин або офлоксацин (застосовується перорально протягом 7-ми днів) або одноразову внутрішньом'язову ін'єкцію цефтріаксону. Якщо відомо, що це негонорейний уретрит, лікар може рекомендувати доксициклін перорально протягом 7-ми днів. Якщо лікування як гонорейного, так і негонорейного уретриту виявляється неефективним, а симптоми не зникають повністю, причиною може бути інфікування вагінальною трихомонадою. У цих випадках ефективним є лікування метронідазолом перорально протягом 5-ти днів.

Одночасно потрібно лікувати всіх статевих партнерів за останні 6 місяців. Зазвичай у них не проводяться дослідження, щоб визначити чи інфіковані вони, оскільки ці дослідження часто дають хибно-негативні (псевдо-негативні) результати, тобто, вони негативні, незважаючи на те, що особа заражена. Таке ж лікування використовується для партнерів.

Слід утримуватися від статевих контактів до кінця лікування, що зазвичай означає перерву на 7 днів (навіть, якщо лікування полягає в прийомі препарату одноразово). Це стосується і партнерів, що проходять лікування.

Що потрібно робити після закінчення лікування уретриту?

Після припинення лікування уретриту потрібно дотримуватись рекомендацій лікаря. Він може призначити контрольний візит після закінчення лікування (як правило, приблизно через 2 тижні), щоб оцінити ефективність лікування та переконатися, що сексуальні партнери пройшли лікування. Якщо симптоми і скарги повністю не припинились, може знадобитися проведення діагностичних досліджень сечостатевої системи. Для жінок ускладненням хламідійної інфекції може бути синдром запалення органів малого тазу, а для чоловіків — хронічний простатит або епідидиміт (запалення придатка яєчка).

Що робити, щоб не захворіти уретритом?

Щоб уникнути розвитку уретриту, потрібно застосовувати правила безпечного сексу. Використання презерватива значною мірою захищає обох партнерів від передачі інфекції. Ризик інфікування зростає із кількістю сексуальних партнерів, особливо випадкових.

Лікування нетримання сечі

Класифікація патології

Перші ознаки нетримання сечі — це капання або витікання сечі, при яких потреба в сечовипусканні може відчуватися або не відчуватися. У низки пацієнтів розвивається особливо складна ситуація — сильний позив до сечовипускання, який практично не відчувається ними заздалегідь, і який не можна утримати навіть для того, щоб дістатися до туалетної кімнати.

Нетримання сечі буває:

Імперативне.

Неконтрольоване сечовипускання середніх або значних обсягів, яке відбувається відразу ж після гострого імперативного позиву до сечовипускання. Гостре нетримання — найбільш поширена патологія серед людей похилого віку, але воно також іноді зустрічається й у більш молодих людей. Найчастіше така проблема спровокована прийомом діуретиків. Також, вона розвивається у жінок після клімаксу на тлі атрофічного вагініту, який призводить до витончення та подразнення слизової оболонки уретри.

При напрузі.

Витікання сечі відбувається через різке підвищення внутрішньочеревного тиску через сміх, кашель, чхання, підйом важких предметів тощо. Обсяг сечі при цьому варіюється від малої до середньої кількості. У жінок цей тип патології розвивається як ускладнення після пологів, а у чоловіків — після операції на простаті. Більш гостро цей вид захворювання протікає у пацієнтів із зайвою вагою: через підвищений тиск внутрішніх органів на сечовий міхур.

Інконтиненція через переповнення сечового міхура.

Капання сечі. Обсяг сечі в такому стані невеликий, але витікання може бути постійним і призводить до втрати сечі у великій кількості. Такий тип нетримання другий за поширеністю у чоловіків.

Функціональне нетримання.

Мимовільне сечовиділення через фізичні або когнітивні порушення (наприклад, після інсульту або при [хворобі Альцгеймера](#)), а також зовнішні фактори, які впливають на процес сечовипускання.

Змішане.

Є поєднанням будь-яких з перерахованих вище видів захворювання. Дуже часті випадки імперативного нетримання в поєднанні з функціональним і нетриманням напруги або імперативного з нетриманням напруги.

Причини нетримання сечі тимчасового типу:

- делірій будь-якої етіології;
- інфекція;
- атрофія слизової оболонки;

- прийом лікарських препаратів;
- розлади психічного характеру;
- поліурія;
- патологічне ущільнення стільця;
- обмежена рухова діяльність.

Причини постійного нетримання:

- Функціональна недостатність вихідного отвору сечового міхура
- Обструкція вихідного отвору сечового міхура
- Гіперактивність м'язової оболонки сечового міхура
- Гіпоактивність м'язової оболонки сечового міхура
- Втрата координації м'язової оболонки сечового міхура та сфінктера сечовивідного каналу
- Функціональні розлади (когнітивні, фізичні)

Лікування нетримання сечі призначається залежно від типу патології, поточного стану пацієнта, наявності супутніх порушень.

Клінічні прояви енурезу

Симптоми нетримання сечі включають:

- безпосередньо нетримання сечі в невеликих кількостях (проходить практично непомітно);
- неможливість повного спорожнення сечового міхура;
- утруднене сечовипускання;
- неможливість відкласти сечовипускання,
- часті позиви до сечовипускання (раз в 1-2 години);
- хворобливість або дискомфорт під час сечовипускання;
- затримка початку сечовипускання.

При появі перших ознак патології рекомендовано звернутися за допомогою до фахівців і категорично відмовитися від самолікування.

Діагностика захворювання

Діагностика нетримання сечі починається з опитування пацієнтів не тільки про те, підтікає у них сеча, але ще чи є прискорене сечовипускання, утруднений початок сечовипускання, часте нічне сечовипускання.

При зборі анамнезу важливо визначати тривалість і характер сечовипускання, якість роботи кишечника, прийом лікарських препаратів, перенесені оперативні втручання в області органів малого таза.

Обстеження при нетриманні сечі включає:

- консультацію [дитячого уролога](#) та [педіатра](#) (якщо у дитини відбувається мимовільне сечовипускання у віці, коли дитина вже повинна вміти контролювати позиви до сечовипускання);
- огляд [уролога](#) для чоловіків і жінок;
- відвідування [гінеколога](#), якщо нетримання спровоковано важкими пологами, атрофічними процесами після менопаузи;
- консультацію [невролога](#), якщо патологія викликана когнітивними розладами.

Також, в ході діагностики проводять ректальне обстеження для визначення стану калових мас.

При діагностиці стресового нетримання сечі проводять сечове стрес-тестування.

Серед лабораторних і функціональних методів діагностики рекомендовані:

- бакпосів на виявлення патогенної мікрофлори;
- [загальний аналіз сечі](#);
- визначення вмісту креатиніну й азоту сечовини;
- виявлення залишкового об'єму сечі після сечовипускання;
- уродинамічне обстеження (цистометрія, максимальна швидкість потоку сечі, електроміографія м'язів промежини, відеоцистоуретрографія).

Терапія нетримання сечі

Якщо в ході діагностики підтверджено нетримання сечі, лікування призначається відповідно до поточного стану пацієнта, складності випадку, причин, які спровокували захворювання. Зазвичай, для більшості пацієнтів, крім безпосереднього лікування патології, рекомендовані консультації [психолога \(психотерапевта\)](#) для поліпшення морального самопочуття.

При підтіканні сечі в невеликих обсягах і відсутності видимих фізичних порушень рекомендовані безопераційні методи лікування. Це можуть бути прийом препаратів (спазмолітиків, антидепресантів), [фізіопроцедури](#), тренування сечового міхура, та комплекс вправ для зміцнення тазового дна.

У запущених випадках або коли безопераційні способи лікування не принесли бажаного результату, пацієнтові рекомендовано оперативне лікування нетримання сечі. Для

лікування пацієнта поміщають в [урологічний стаціонар](#) для спостереження за пацієнтом після операції.

Ефективним і малотравматичним способом є лазерне лікування нетримання сечі. Методика добре зарекомендувала себе, але не в кожному стані вона принесе позитивний результат. У наші дні існує безліч різних методик оперативного лікування, кожна з яких показала високу ефективність у лікуванні патологічних станів нетримання.

Профілактика

Профілактика нетримання сечі передбачає дбайливе ставлення до власного здоров'я та комплекс рекомендацій:

- відсутність надмірних фізичних навантажень і підняття важких предметів;
- своєчасне звернення до лікаря при наявності проблеми;
- належне лікування інфекційно-запальних процесів;
- контроль ваги (надмірна вага ускладнює контроль над сечовипусканням);
- [правильне харчування](#);
- фізична активність, зміцнення м'язів таза;
- своєчасне лікування закрепів;
- обмеження у вживанні кави й алкоголю.

ПУХЛИНИ СЕЧОВОГО МІХУРА

ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Виділяють новоутворення сечового міхура епітеліального і неепітеліального походження. Епітеліальні пухлини відзначаються в переважній більшості та досягають 98% випадків, неепітеліальні — значно рідше, їх частка не перевищує 2%.

Класифікація епітеліальних пухлин сечового міхура BOO3 (2004)

Уротеліальна папілома.

Папілярне уротеліальне новоутворення з низьким потенціалом злоякісності.

Папілярний уротеліальний рак низького ступеня злоякісності.

Папілярний уротеліальний рак високого ступеня злоякісності.

КЛАСИФІКАЦІЯ

На сьогодні загальноприйнятою є класифікація раку сечового міхура за системою TNM, затверджена в 2002 р. Міжнародним союзом по боротьбі з раком — UICC. Вона відрізняється від попередніх версій у визначенні стадії пухлини T2 і T3.

Класифікація за системою TNM (7-е видання 2010 р.)

T — первинна пухлина

Tx — первинна пухлина не може бути оцінена

T0 — немає ознак первинної пухлини

Ta — неінвазивна папілярна карцинома

Tis — carcinoma in situ: «плоска пухлина»

T1 — пухлина проростає субепітеліальну сполучну тканину

T2 — пухлина проростає м'язовий шар

T2a — пухлина проростає поверхневий м'язовий шар (внутрішня половина)

T2b — пухлина проростає глибокий м'язовий шар (зовнішня половина)

T3 — пухлина проростає паравезикальну клітковину

T3a — мікроскопічно

T3b — макроскопічно (екстравезикальна пухлинна тканина)

T4 — пухлина поширюється на будь-яку із наступних структур: передміхурову залозу, матку, піхву, стінку тазу, черевну стінку

T4a — пухлина поширюється на передміхурову залозу, матку, піхву

T4b — пухлина поширюється на стінку тазу або черевну стінку

N — регіонарні лімфатичні вузли

Nx — регіонарні лімфатичні вузли не можуть бути оцінені

N0 — метастази відсутні в регіонарних лімфатичних вузлах

N1 — метастаз в одиничному лімфатичному вузлі ≤ 2 см у найбільшому вимірі

N2 — метастаз в одиничному лімфатичному вузлі > 2 см, але < 5 см у найбільшому вимірі або множинні метастази в лімфатичних вузлах, але не більше 5 см у найбільшому вимірі

N3 — метастаз в лімфатичному вузлі розміром > 5 см у найбільшому вимірі

M — віддалені метастази

M0 — віддалені метастази не можуть бути оцінені

M0 — немає віддалених метастазів

M1 — віддалені метастази

КЛІНІЧНА КАРТИНА

При пухлинах сечового міхура на початкових стадіях клінічна картина захворювання невиражена. Вона залежить від характеру росту пухлини, її розміщення, розповсюдженості й наявності вторинних ускладнень. Першою та найчастішою ознакою, що примушує хворого звернутися до лікаря, є гематурія, яка відзначається у 90% хворих. Вона зазвичай з'являється без видимої причини і не супроводжується дизуричними проявами. Гематурія продовжується декілька годин або діб і проходить без лікування, але через деякий час (іноді через декілька місяців або навіть років), після фізичного навантаження, вживання алкоголю чи з іншої причини може повторюватися. Гематурія найчастіше тотальна, з домішкою безформних згортків. Однак слід пам'ятати, що часто вона може бути і термінальною, особливо при пухлинах, розміщених у ділянці шийки міхура. Частіше виявляється макрогематурія, та часто може бути мікрогематурія, до того ж, якщо перша виникає періодично, то друга носить більш постійний характер. Інтенсивність гематурії не завжди відповідає розмірам і стадії пухлини. У подальшому приєднуються дизуричні прояви у вигляді частих, інколи болючих, утруднених сечовипускань. При розповсюдженні пухлини на вічка сечоводів порушується пасаж сечі з верхніх сечовивідних шляхів, з'являється біль в поперековій ділянці, підребер'ях, крижах, приєднується пієлонефрит, розвивається хронічна ниркова недостатність.

Пухлини, що поширились на ділянку шийки і міхурового трикутника, можуть супроводжуватися болем у промежині, над лоном, в калитці, імперативними позовами до сечовипускання. Ці скарги з'являються значно пізніше при локалізації захворювання у верхній половині сечового міхура.

ДІАГНОСТИКА

Урахування анамнезу, ранніх симптомів — безбольова гематурія, яка частіше виявляється в загальному аналізі сечі, імперативні позови до сечовипускання.

Фізикальне обстеження на ранніх стадіях захворювання має обмежене значення. До фізикального обстеження слід включати ректальне та вагінальне бімануальне обстеження. Пухлинні маси в малому тазу пальпуються у хворих із місцево-поширеними пухлинами.

Діагностика раку сечового міхура перш за все залежить від цистоскопічного огляду сечового міхура і гістологічного дослідження видаленої тканини. Якщо пухлина сечового міхура виявилася при раніше виконаних методах візуалізації, таких як ультрасонографія, КТ або МРТ, діагностичну цистоскопію можна не виконувати хворим, яким призначено виконання трансуретральної резекції з метою морфологічної верифікації. Необхідний ретельний опис знахідок. При цьому слід зазначити місце розміщення, розмір, кількість і зовнішній вигляд (папілярна чи солідна) пухлин, а також описати наявність змін слизової оболонки.

Ультрасонографія (УЗД) найчастіше використовується як первинний метод оцінки стану сечовивідних шляхів. Це визначається не лише відсутністю необхідності використання контрастних речовин, а й тим, що чутливі датчики покращили візуалізацію верхніх відділів сечовивідних шляхів і сечового міхура. Трансабдомінальне УЗД дозволяє описати паренхіму нирок, виявити гідронефроз і дефекти наповнення сечового міхура. УЗД з оглядовим рентгенологічним обстеженням органів черевної порожнини використовують у диференційній діагностиці з сечокам'яною хворобою, яка теж може бути причиною гематурії.

Екскреторна урографія — цінний діагностичний метод, який дозволяє визначити не лише стан верхніх сечовивідних шляхів, але й виконати низхідну цистографію, яка найточніше відображає зміни в сечовому міхурі. Великі пухлини можуть бути виявлені як дефект наповнення сечового міхура. Внутрішньовенну урографію також використовують для виявлення дефектів наповнення в чашечках, ниркових мисках та сечоводів, виявлення гідронефрозу, який може бути ознакою наявності пухлини сечовода. Необхідність рутинного виконання висхідної урографії при вже виявленій пухлині сечового міхура є спірною у зв'язку з недостатньою кількістю значимих знахідок при застосуванні цього методу.

Проте при зниженні функції нирок іноді неможливо отримати досить виражене контрастування сечового міхура. У таких випадках застосовують різні методи висхідної цистографії.

Для визначення глибини проростання пухлини у стінку органа і наявності метастазів застосовують КТ або МРТ. Ці методи дають можливість оцінити просторові співвідношення ураження органів малого таза, межі поширення пухлини сечового міхура, важливі дані про наявність метастазів у лімфовузлах, кістках, легенях та печінці. КТ або МРТ головного мозку виконують лише за наявності неврологічної симптоматики.

Для верифікації захворювання, планування оперативного лікування проводять трансуретральну біопсію сечового міхура і простатичної ділянки уретри. Часто пухлини сечового міхура мають мультифокальний ріст. Крім того, пухлини можуть супроводжуватися дисплазією. Ці вогнища можуть бути представлені у вигляді зон гіперемії, які не відрізняються від запалення чи можуть бути зовсім не помітними. Залучення простатичної ділянки уретри у чоловіків із пухлинами сечового міхура більш вірогідно, якщо пухлина локалізується в ділянці трикутника або шийки сечового міхура, за наявності раку *in situ* і при множинних пухлинах. У цих випадках, а також при змінах простатичної ділянки уретри рекомендовано виконувати біопсію простатичної ділянки уретри.

Біопсію застосовують також для диференційної діагностики раку з хронічним проліферативним циститом, трофічною виразкою, лейкоплакією, туберкульозом тощо.

Цитологічне дослідження застосовують для підтвердження діагнозу в тих випадках, коли цитоскопія неможлива. Метод ґрунтується на мікроскопічному дослідженні клітин сечового міхура чи їх комплексів, які при пухлинах відрізняються атипією, поліморфізмом і різним результатом фарбування. Для дослідження використовують осад сечі хворого, одержаний шляхом аспірації через катетер, або спиртовий змив із міхура.

ЛІКУВАННЯ

Мультифокальність пухлинного ураження і багаточисленні рецидиви раку сечового міхура та стадія пухлинного процесу визначають лікувальну стратегію. Майже в половині випадків у первинних хворих на рак сечового міхура — неінвазивна стадія Tis–1, у третини — T2–3, T4 — у 15% хворих. Лікування пухлин сечового міхура включає оперативні втручання, опромінення, хіміотерапію та їх поєднання.