**ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.**

1)Почка-выделительная, метаболическая,осморегулирующая, кровотворческая, внутрисекреторная, ионорегулирующая

2)Почечная лоханка-собирать мочу из чашечек почки для дальнейшей транспортировки вниз по мочеточнику в мочевой пузырь.

3) Мочеточник-выделение мочи из почки в мочевой пузырь

4) Нижняя полая вена -собирает кровь из всей нижней половины тела — нижних конечностей, органов таза и брюшной полости.

5) Мочевой пузырь -резервуар для мочи

6)Мочеиспускательный канал - у женщин служит только для выведения мочи, в мужском организме в уретру также открываются протоки, несущие сперму.

7) Аорта -почка снабжается кровью через почечную артерию, которая отходит от аорты, где кровь находится под наивысшим давлением.

Мочевыделительная система человека включает мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, мочеточники и почки (рис. 1). Она регулирует количество и состав жидкости в организме и выводит отработанные продукты (шлаки) и избыточную жидкость. Анатомически и физиологически мочевые пути тесно связаны с органами репродуктивной системы.

Рисунок 1 – Строение мочевыделительной системы человека

Наиболее частая форма патологии мочевых путей – инфекционные заболевания – болезни мочеполовой системы, которые могут вызываться бактериями, грибами, вирусами, паразитами, многие из них передаются половым путем.

Главной причиной, вызывающей мочеполовой системы, является *инфекция*. Причем, инфекции могут провоцировать заболевания, например, гломерулонефрит (возникает после перенесенных острых инфекционных заболеваний: ангины, скарлатины, пневмонии, отит, особое значение имеют заболевания, вызываемые гемолитическим стрептококком группы а 12 типа, однако он может развиться и при других инфекционных возбудителях: пневмококки, стафилококки), так и сами вызвать заболевание, например цистит, пиелонефрит.

Также причиной могут быть и нефротоксические яды, такие как сулема, четыреххлористый углерод, переливания несовместимой крови, массивные ожоги. Из других причин, вызывающих поражения органов мочевыделительной системы следует выделить переохлаждения, особенно воздействия влажного холода, травмы, застои мочи, авитаминозы, другие заболевания (сахарный диабет, неизлеченная нефропатия беременных). И конечно же нельзя забывать о такой причине, как наследственная предрасположенность.

Все инфекционно-воспалительные заболевания органов мочеполовой системы делятся на две группы: *специфические и неспецифические*(в зависимости от характера возбудителя болезни). Так, воспалительные процессы, вызванные гонококками, влагалищной трихомонадой, хламидиями, микоплазмами, палочкой Коха и т.п., относятся к специфическим воспалительным заболеваниям мочеполовой системы. Неспецифическое воспаление вызывают условно патогенные бактерии: кишечная палочка, стафилококки, стрептококки, энтерококки, гарднереллы, клебсиеллы и пр.

К **общим клиническим проявлениям** воспаления органов мочеполовой системы относят покраснение, отек, нарушение функций пораженного органа, а также повышение температуры и боли. Выраженность тех или иных признаков заболевания зависит от многих факторов, а порой воспалительный процесс не дает о себе знать на протяжении длительного времени, что существенно затрудняет своевременное обращение к врачу.

Особенности клинических проявлений заболеваний мочеполовой системы **у мужчин**, как правило, это поражение самых нижних отделов мочевых путей, что связано с относительно большой длиной мочеиспускательного канала, поэтому у них преобладают учащенное болезненное мочеиспускание, рези по ходу мочеиспускательного канала, затруднения мочеиспускания, тяжесть в области промежности. Доминируют такие болезни мочеполовой системы, как: *уретриты*(воспаления мочеиспускательного канала) и*простатиты*(воспаления предстательной железы). Инфекции мочевых путей у мужчин встречаются относительно редко. Иногда они обусловлены аномалиями мочевых путей, но чаще им способствуют анальный секс, недостаточная гигиена при необрезанной крайней плоти и особенности микрофлоры влагалища партнерши.

Особенностиклинических проявлений заболеваний мочеполовой системы **у женщин**в том, что наиболее часто развиваются восходящие инфекции мочевых путей. Это связано с анатомическими особенностями их мочеиспускательного канала (короткий и широкий). Возбудитель легко попадает в мочевой пузырь и далее – по мочеточникам, в лоханки почек. При этом заболевания могут протекать не с острыми проявлениями, чаще встречаются хронические формы. Преимущественно развиваются болезни мочеполовой системы такие, как: *уретрит, цистит*(воспаление мочевого пузыря) и *пиелонефрит* (воспаление почечных лоханок). Достаточно часто встречается бессимптомная бактериурия, то есть присутствие микрофлоры в моче, выявляемое при анализе, без каких-либо внешних признаков заболевания. Лечение в этих случаях назначают только беременным женщинам, а также при подготовке к хирургическому вмешательству.

Диагностика мочеполовых инфекций насчитывает множество методов: культуральный, иммуноферментный анализ, реакция иммунофлю-оресценции, полимеразная цепная реакция, микроскопический анализ. Наиболее достоверным считают культуральный метод, но он труднодоступен. Самый распространенный – полимеразно-цепной метод (ПЦР).

Даже при отсутствии подозрений на воспаление органов мочеполовой системы все мужчины дважды в год должны обследоваться у уролога, а женщины – у гинеколога. Вялотекущая форма многих заболеваний зачастую вселяет уверенность, что со здоровьем все в порядке и визит к доктору можно отложить. Кроме того, многие относятся к лечению поверхностно, заблуждаясь на тот счет, что все мочеполовые инфекции можно вылечить за несколько дней приемом антибиотиков. Самостоятельное назначение антибактериальных препаратов и бесконтрольный их прием приводит к росту частоты бессимптомного течения заболеваний и перехода их в хроническую форму.

В следующей главе рассмотрим наиболее часто встречаемые заболевания органов мочеполовой системы человека.

**2. Заболевания мочеполовой системы человека: характеристика, лечение и профилактика**

**2.1 Уретрит**

**Уретритом** называют воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала. Это распространенное заболевание встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин.

Уретриты бывают *инфекционные* (специфические и неспецифические), *неинфекционные*(травматические – введение инородных тел, мастурбация), *аллергические*, обменные и при заболеваниях кишечника (запор, геморрой).

Инфекционные специфические уретриты всегда обусловлены инфекциями, передаваемыми половым путем (гонорейные, трихомонадные). Инфекционные неспецифические уретриты развиваются вследствие воздействия патогенной микрофлоры – микоплазма, хламидии, бактерии, вирусы, грибковая инфекция и т.д. Развитию этого типа уретритов также могут способствовать беспорядочные половые связи, болезнь полового партнера.

**Факторы**, способствующие развитию уретрита:

1. Мочекаменная болезнь, поскольку камни и песок, проходя по мочеиспускательному каналу, могут травмировать уретру.

2. Переохлаждение.

3. Опорожнение мочевого пузыря реже, чем раз в три часа, поскольку при мочеиспускании происходит смывание бактерий со стенок уретры.

4. Большая физическая нагрузка.

5. Нерегулярные половые отношения, большое количество половых партнеров.

6. Частое употребление острых, соленых, жареных, кислых блюд, алкоголя, газированных напитков.

7. Инфекционно-воспалительные заболевания других органов.

Первыми **симптомами** заболевания могут быть болезненное мочеиспускание (жжение) с увеличенной частотой позывов; выделения из мочеиспускательного канала, приводящие к его покраснению и слипанию наружного отверстия; высокую концентрацию в моче лейкоцитов (белых клеток крови, присутствующих в очаге воспаления), но при отсутствии следов возбудителя.

Симптомы острого уретрита проявляются уже в течение нескольких суток при специфическом уретрите и через 5–20 дней при неспецифическом. Поздняя диагностика и неправильно проведенное лечение могут спровоцировать развитие хронической формы заболевания. Проявления хронического уретрита – скудные выделения из уретры, особенно по утрам, умеренные боли и зуд в мочеиспускательном канале.

При обнаружении подобных признаков необходимо срочно обратиться к врачу, поскольку, если своевременно не провести лечение, болезнь может приобрести хроническую форму, и воспалительный процесс может перейти на предстательную железу (простатит), семенные пузырьки (везикулит) и даже яички (орхит) и его придаток (эпидидимит) с угрозой развития бесплодия. Инфекция из уретры может восходящим путем попасть в почки и вызвать в них воспаление.

Иногда больной даже может и не подозревать о наличии у него уретрита, заболевание может протекать без выраженной субъективной симптоматики. Это зависит от состояния организма и ряда других факторов. К примеру, у женщин симптоматика уретрита может остаться вообще незамеченной в силу анатомических особенностей. Более короткая и широкая уретра у представительниц слабого пола не дает таких острых болевых ощущений, как у мужчин.

Для подтверждения диагноза «уретрит» проводят микроскопию отделяемого из мочеиспускательного канала и двухстаканную пробу мочи. Дополнительные исследования назначают, чтобы исключить вовлечение в воспалительный процесс других органов.

**Лечение уретрита**– это в первую очередь ликвидация инфекции в мочеиспускательном канале. С этой целью назначается антибактериальная терапия на срок от нескольких дней до нескольких недель, в зависимости от вида возбудителя инфекции. Идеальный вариант для женщин с уретритом – лечение у уролога и гинеколога одновременно.

**Профилактика уретрита –**это соблюдение диеты и питьевого режима. Кстати, эти рекомендации стоит соблюдать и при лечении других заболеваний мочевой системы, к примеру, цистита, пиелонефрита, гломерулонефрита и начальных стадий почечной недостаточности. Рекомендуется исключить из рациона острые блюда и пить как можно больше жидкости – простой воды без газа. В качестве мочегонного средства советуют употреблять сок огурца и чай из липового цвета, в качестве противовоспалительного – свежий сок черной смородины и настой ее листьев, клюквенный или брусничный морс. Также полезна петрушка, которая обладает мочегонным и противовоспалительным действием.

**2.2 Цистит**

**Цистит**– воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря. Среди женщин цистит является самым распространенным урологическим заболеванием. По статистике, 25% женщин страдают воспалением мочевого пузыря, а 10% из них – от хронической формы этого заболевания. Мужчины страдают этим недугом в 8 раз реже ввиду особенностей анатомии мочеполовой сферы.

Цистит, как всякий воспалительный процесс, может быть острым и хроническим. Кроме того, его делят на первичный (цистит как самостоятельное заболевание) и вторичный (цистит как осложнение другого заболевания: туберкулеза, камня, опухоли мочевого пузыря).

Развитию болезни способствуют следующие **факторы**, вызывающие раздражение слизистой оболочки мочевого пузыря: задержка и застой мочи; камни и опухоли мочевого пузыря; переохлаждение тела; употребление пряностей, копченостей, алкогольных напитков; нарушения правил личной и половой гигиены; воспалительные процессы в других мочеполовых органах (при этом инфекция может проникать сверху, нисходящим путем (при заболеваниях почек) или снизу – восходящим путем; врожденные аномалии органов мочевыделительной системы.

**Основной причинной** цистита является инфекция, которая попадает в мочевой пузырь по мочеиспускательному каналу или с током крови. Чаще всего это один из представителей условно-патогенной флоры – кишечная палочка, стафилококки, стрептококки и т.п. Реже встречаются циститы, связанные с половыми инфекциями, например, микоплазменные.

В мочевой пузырь женщины инфекция попадает из мочеиспускательного канала. У женщин он короткий, широкий, и бактериям пробраться по нему очень легко. В уретру же бактерии попадают чаще всего из влагалища. Практически всегда цистит связан с воспалением влагалища – **кольпитом** или с нарушением вагинальной микрофлоры – бактериальным вагинозом.

Для мужчин основное значение в развитии цистита имеет фактор застоя мочи в пузыре, так как у них, в отличие от женщин, сравнительно часты заболевания, нарушающие опорожнение этого органа: фимоз (сужение крайней плоти), стриктуры (сужения) мочеиспускательного канала, камни и опухоли мочевого пузыря, аденома и рак предстательной железы. Вызываемый этими заболеваниями застой мочи в пузыре способствует размножению попавших в него болезнетворных микробов, препятствует их вымыванию и тем самым приводит к развитию хронического цистита.

Традиционно обострения цистита связывают с переохлаждением, которое вызывает снижение резистентности организма, особенно местного иммунного ответа, в результате чего микробы активно размножаются и попадают в мочевой пузырь, вызывая воспалительную реакцию.

**Симптомы цистита.**Воспаление мочевого пузыря проявляется, в первую очередь, учащением мочеиспускания. Постоянно возникают сильные позывы посетить туалет, которые не соответствуют количеству выделяющейся при этом мочи. Часто отмечает боль в конце мочеиспускания, иногда в моче появляется кровь. При остром цистите повышается температура, появляются боли внизу живота, отмечаются эпизоды недержания мочи.

*Острый цистит* сопровождается частыми (иногда через каждые 10–15 минут) болезненными мочеиспусканиями малыми порциями мочи мутного цвета. Отмечаются разнообразные боли над лобком (тупые, режущие, жгучие), усиливающиеся в конце мочеиспускания. Острый цистит у женщин в 80% случаев вызван кишечной палочкой и в 5–15% случаев – Staphylococcussaprophyticus (сапрофитной формой стафилококка, живущей на коже).

*Хронический цистит* обычно сопутствует различным заболеваниям мочевыделительной системы (мочекаменной болезни, аденоме предстательной железы, патологиям мочеиспускательного канала). При его обострении отмечаются симптомы, аналогичные острому процессу.

Диагностика острого цистита включает исследование мочи, крови, УЗИ мочевого пузыря. При хроническом цистите дополнительно проводят цистоскопию, различные урологические исследования. Обследование должно быть полным и комплексным, поскольку частое и болезненное мочеиспускание может свидетельствовать также и о мочекаменной болезни, уретрите или простатите. В случае диагностики хронического цистита нередко выполняют бактериологический анализ мочи путем ее посева на специальные питательные среды, назначают консультацию с нефрологом, УЗИ почек, мочевого пузыря и органов малого таза, цистоскопию и в некоторых случаях рентгеновское исследование мочевой системы.

При длительном течении цистита инфекция из мочевого пузыря попадает в почки, что приводит к воспалению тканей почек –*пиелонефриту***,**что в итоге при неадекватном лечении может завершиться и*почечной недостаточностью.* Запущенная форма хронического цистита также приводит к значительному снижению объема мочевого пузыря (сморщиванию мочевого пузыря). При постановке диагноза «цистит» лечение может назначить только врач-уролог.

**Методы лечения цистита** зависят от течения и тяжести заболевания. Подобрать адекватное лечение цистита можно только после точного выявления его причины. В большинстве случаев назначают высокоэффективные антибиотики. Как правило, цистит проходит после однократного приема этих препаратов, но предпочтительно, с целью профилактики осложнений, принимать лекарство в течение 3–4 дней. В случае если цистит не проходит после 7 дней лечения, определяют чувствительность микрофлоры к антибиотикам (проводят посев мочи) и назначают необходимое средство. Повторный цистит в 90% случаев вызван новым заражением. Если при посеве мочи выявлен тот же возбудитель, что и при предыдущем цистите, антибактериальную терапию продолжают две недели. На частоту возникновения циститов могут влиять грибковая инфекция (например, кандидоз), использование влагалищных диафрагм, спермицидов.

**Профилактика цистита**– это борьба с инфекционными заболеваниями и ликвидация воспалительных очагов в других органах. Предупреждение хронического цистита, который чаще всего бывает вторичным, состоит, во-первых, в полном излечении острого цистита, с тем чтобы не допустить его прогрессирования, и, во-вторых, в ликвидации тех заболеваний, которые нарушают отток мочи из пузыря и способствуют поддержанию хронического воспалительного процесса в этом органе. Ранее выявление и устранение всех заболеваний нарушающих опорожнение мочевого пузыря, является мерой, предупреждающей возникновение и развитие хронического цистита.

**2.3 Пиелонефрит**

**Пиелонефрит –**инфекционное воспаление тканей почки. Является одним из наиболее частых заболеваний человека. Он встречается в среднем у каждого десятого человека и занимает второе место по частоте после воспалительных заболеваний дыхательных путей. Также это самая опасная из восходящих инфекций мочевых путей (заболевания мочеполовой системы). Пиелонефритом может заболеть человек любого возраста, но чаще болеют:

– дети до 7 лет, у которых заболевание связано с анатомическими особенностями развития. У детей пиелонефрит часто возникает как осложнение после гриппа, пневмонии;

– девушки и женщины 18–30 лет, у которых появление пиелонефрита связано с началом половой жизни, с беременностью или родами. Многие женщины заболевают во время беременности вследствие нарушения оттока мочи из почек при сдавливании мочеточников увеличенной маткой. Часто во время беременности обостряется хронический пиелонефрит, протекавший ранее незаметно и своевременно не вылеченный;

– пожилые мужчины, страдающие аденомой предстательной железы.

Кроме перечисленного, одной из наиболее частых причин пиелонефрита является мочекаменная болезнь с частыми приступами почечной колики.

При всех этих заболеваниях и состояниях нарушается отток мочииз почки, что дает возможность размножаться в ней микроорганизмам. Способствуют развитию пиелонефрита и такие факторы, как угнетение иммунитета, сахарный диабет, хронические воспалительные заболевания. Течение пиелонефрита может быть острым и хроническим.

Пиелонефрит может быть одно- и двухсторонним, первичным (возникает как самостоятельное заболевание) и вторичным (развивается как осложнение уже имеющихся органических или функциональных заболеваний мочевыводящих путей). Острый первичный пиелонефрит проявляется лихорадкой, болью в пояснице и боковых отделах живота, симптомами инфекции нижних мочевых путей. В моче обнаруживаются бактерии, лейкоциты, цилиндры (лейкоцитарные «слепки» канальцев почек). Самый частый возбудитель – кишечная палочка. При вторичном и осложненном пиелонефрите для выявления абсцессов, эмфизематозного пиелонефрита, мочекаменной болезни применяют компьютерную томографию и экскреторную урографию. При выявлении абсцессов необходима длительная антимикробная терапия, в случае обнаружения камней следует решить вопрос об их удалении.

**Проявление острого пиелонефрита.**Заболевание начинается внезапно, резко повышается температура до 39–40°С, появляются слабость, головная боль, обильное потоотделение, возможны тошнота и рвота. Одновременно возникают боли в пояснице, как правило, с одной стороны. Боли носят тупой характер, но интенсивность их может быть различной. Если заболевание развивается на фоне мочекаменной болезни, то атаке пиелонефрита предшествует приступ почечной колики. Мочеиспускание при неосложненной форме пиелонефрита не нарушено. При отсутствии лечения заболевание либо переходит в *хроническую форму,*либо развиваются *гнойные процессы –*абсцесс или карбункул почки. Состояние больного ухудшается, наблюдаются резкие скачки температуры (от 35–36°С утром до 40–41°С вечером).

Больные с **острымпиелонефритом***обязательно*должны лечиться *в стационаре.*Неосложнениая форма пиелонефрита лечится консервативно*,*проводится антибактериальная, дезинтоксикационная и иммуностимулирующая терапия – обычно 2–3 недели. При гнойных осложнениях показана операция. К оперативному вмешательству иногда приходится прибегать также при мочекаменной болезни, если камень не отходит самостоятельно и его не удается низвести инструментальными методами.

Как правило, следствие недолеченногоострого пиелонефрита, проявляется**хронический**, когда удалось снять острое воспаление, но не полностью уничтожены возбудители в почке, как не восстановлен и нормальный отток мочи. Хронический пиелонефрит может *постоянно*беспокоить пациента тупыми ноющими болями в пояснице, особенно в сырую холодную погоду. Кроме того, хронический пиелонефрит время от времени обостряется, и тогда у больного появляются все признаки острого процесса. Лечение хронического пиелонефрита принципиально такое же, как и острого, но более длительное и трудоемкое.

Основной рекомендацией по **профилактике** пиелонефрита является ликвидация воспалительных очагов в половых органах мужчины и женщины, так как из них инфекция особенно часто попадает в почки и может привести к развитию мочекаменной болезни и аденомы предстательной железы, а также всех заболеваний, сопровождающихся нарушением оттока мочи из почки. Поэтому надо делать все возможное для скорейшего излечения воспалительных процессов у мужчин – в яичке и его придатке, в предстательной железе, а у женщин – в матке и ее придатке.

**2.4 Простатит**

**Простатит**(воспаление предстательной железы), как острый, та и хронический, одна из распространенных форм инфекции мочевыводящих путей у мужчин молодого и среднего возраста.

Простатит **проявляется** болями, расстройствами мочеиспускания и нарушениями половой функции, а также способности к оплодотворению. Хронический простатит может также осложняться заболеваниями почек и мочеточников. Отсюда ясно, какую важную роль играет предупреждение простатита, а для этого мужчины всех возрастов должны быть осведомлены о причинах, вызывающих это заболевание.

**Основной причиной** простатита является инфекция, которая может попасть в предстательную железу разными путями, чему в немалой степени способствует анатомическое расположение предстательной железы в малом тазу. Инфекция может попадать в предстательную железу из мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, прямой кишки, по кровеносным и лимфатическим сосудам малого таза.

Для развития простатита со всей его неприятной клиникой, кроме болезнетворных микробов, нужны еще и предрасполагающие факторы способствующие их задержке и размножению в тканях простаты. Подобные факторы подразделяют на общие и местные. К первым относят ослабление организма, снижение его иммунитета. Вторыми могут служить местное переохлаждение и нарушенное опорожнение предстательной железы, застой в органах малого таза. О роли переохлаждения свидетельствуют частые случаи заболевания простатитом после купания в холодной воде, сидения на холодной земле и т.п. Нарушение опорожнения предстательной железы возникает при сидячей работе, в результате отклонений от нормального режима половой жизни, при систематическом злоупотреблении острой пищи, алкоголем. К тому же ведут хронические запоры. Во всех перечисленных ситуациях нарушается кровоток и лимфообращение в органах малого таза, что способствует оседанию и размножению в этом органе инфекции.

Простатит может *развиться* внезапно, как ***острое воспалительное заболевание***с соответствующей симптоматикой. В этом случае у больного будет отмечаться жар, лихорадка, температура тела 38–39°С, острые боли в промежности, паху, за лобком, в области заднего прохода, а также болезненные мочеиспускание и дефекация. Однако значительно чаще *простатит развивается в хронической форме*, не беспокоя мужчину слишком сильно. В этом случае все вышеперечисленные симптомы будут невыраженными, иногда совершенно не привлекая к себе внимание. Температура тела изредка повышается до 37°С, периодически отмечаются боли или неприятные ощущения в промежности, при мочеиспускании и дефекации, во время которой могут быть незначительные выделения из мочеиспускательного канала – один из наиболее характерных симптомов хронического простатита.

Часто простатит развивается как осложнение хронического инфекционного заболевания, передающегося половым путем – хламидиоза, трихомониаза, уреаплазмоза и др. Через некоторое время, как правило, у мужчин появляются проблемы с эрекцией. Это связано с вовлечением в воспалительный процесс нервов, проходящих через предстательную железу и ответственных за эректильную функцию. Если больной острым простатитом не обращается за профессиональной помощью к урологу, то весьма вероятно развитие абсцесса предстательной железы – очагового гнойного воспаления. В этом случае температура тела повышается до 39–40°С, сильный жар периодически сменяет резкий озноб, боли в промежности выражены настолько, что мочеиспускание крайне затруднено, а дефекация подчас вообще невозможна. Через некоторое время развивается отек предстательной железы и, как его следствие, острая задержка мочеиспускания.

Совсем не так обстоит дело с хроническим простатитом. Течение его волнообразно, периодические обострения сменяются более или менее длительными ремиссиями, во время которых болезнь никак не дает о себе знать. Вследствие этого многие мужчины предпочитают отсидеться дома, нежели обратиться к доктору. Однако это не лучший выход из положения, поскольку во время каждого обострения воспалительный процесс распространяется все дальше и дальше, что может привести к развитию цистита и пиелонефрита. Но чаще осложнениями простатита являются везикулит (воспаление семенных пузырьков) и эпидидимоорхит (воспаление яичек и их придатков). В конечном итоге может возникнуть бесплодие, лечение которого будет крайне сложным и долгим, если вообще будет возможно.

**Лечение.** Простатит – заболевание настолько сложное и коварное, поэтому не всегда есть возможность полностью излечить больного от простатита, но устранить симптомы заболевания и вызвать стойкую продолжительную ремиссию современная медицина в силах. Проводится антибактериальная терапия, массаж предстательной железы, физиотерапия, иммунокорригирующая терапия и коррекция образа жизни. Только комплекс этих мероприятий может привести к желаемому эффекту. Если четко и тщательно соблюдать все рекомендации врача, весьма вероятно, что неприятные и надоевшие симптомы исчезнут на всю жизнь. Однако для этого лечение простатита должно быть комплексным и грамотно подобранным.

Меры **профилактики острого и хронического простатита**каналикулярного происхождения аналогичны тем, которые проводятся в целях недопущения развития уретрита. Для профилактики гематогенного простатита большое значение имеет своевременная ликвидация общих инфекционных болезней (грипп и др.), всех воспалительных очагов в организме. Следует также исключить все факторы, ведущие к застою крови в органах малого таза, для чего можно рекомендовать активный образ жизни, физические упражнения, регулярное и разнообразное питание с исключением острых блюд и спиртных напитков; нормальный режим половой жизни и др. Следует остерегаться также местного переохлаждения тазовых органов.

**2.5 Мочекаменная болезнь**

Заболевание, проявляющееся образованием камней в почках и других органах мочевыделительной системы. Встречается у людей самых разныхвозрастов, включая детей и пожилых людей. Основной механизм заболевания – нарушение обмена веществ, что приводит к образованию нерастворимых солей и формированию камней.

*Предрасполагающие факторы:*

– Климат – в жарком климате, потеете намного больше, чем житель средней полосы. В результате в организме повышается концентрация некоторых солей, и могут начать образовываться камни.

– Состав питьевой воды в регионе (жесткая вода с большим содержанием кальциевых солей способствует появлению уролитиаза), острая и кислая пища, повышающая кислотность мочи. Камни при этом образуются легче.

– Постоянный недостаток витаминов и ультрафиолетовых лучей.

– Травмы и заболевания костей – остеомиелит, остеопороз.

– Хронические заболевания желудка и кишечника – хронический гастрит, колит, язвенная болезнь.

– Различные заболевания почек и органов мочеполовой системы – пиелонефрит, цистит, аденома предстательной железы, простатит и др.

Камни могут образовываться в любом отделе мочевыделительной системы. Наибольшее значение имеют **камни почек, мочеточников и мочевого пузыря.**

*Камни в почках*проявляются болями в пояснице, появлением крови в моче. Возможно самостоятельное отхождение камней с мочой. Боли носят тупой, ноющий характер, но могут быть острыми. Чаще боли бывают с одной стороны. Если камни есть в обеих почках, то боли будут возникать одновременно или поочередно с обеих сторон. Характерна связь болей с движением, изменением положения тела. Кровь в моче появляется обычно после сильной боли или физической нагрузки, ходьбы. Сильный приступ боли также может стать причиной отхождения камней. Смещаясь из почки, *камень попадает в мочеточник*. Боль при этом переходит из поясницы в пах, низ живота, половые органы, бедро. Если камень располагается в нижней части мочеточника, то больной испытывает частые беспричинные позывы на мочеиспускание. Когда камень полностью перекрывает просвет мочеточника, в почке скапливается моча, что вызывает приступ *почечной колика.*Возникают острые схваткообразные боли в пояснице, которые быстро распространяются на соответствующую половину живота. Боль может продолжаться несколько часов и даже дней, периодически стихая и возобновляясь. Больной при этом ведет себя беспокойно, не может найти удобного положения. Приступ заканчивается, когда камень изменяет свое положение или выходит из мочеточника. Если после приступа колики камень не отошел, то приступ может повториться. Обычно по окончании приступа появляется кровь в моче.

Симптомы при наличии *камней мочевого пузыря*– боль внизу живота, которая может отдавать в промежность, половые органы. Боль появляется при движении или мочеиспускании. Другое проявление камней мочевого пузыря – учащенное мочеиспускание. Резкие беспричинные позывы появляются при ходьбе, тряске, физической нагрузке. Может отмечаться так называемый симптом «закладывания»; струя мочи во время мочеиспускания неожиданно прерывается, хотя больной чувствует, что пузырь опорожнен не полностью. Возобновляется мочеиспускание только после перемены положения тела. Камни почки и мочеточника со временем обязательно приведут к развитию *острого или хронического пиелонефрита*. При отсутствии лечения может произойти гнойное расплавление почки, и ее придется удалять. Камни мочевого пузыря могут спровоцировать развитие острого цистита с тяжелыми проявлениями.

**Лечение** может быть **консервативным, инструментальным, и оперативным.***Консервативное лечение*проводится при небольшом размере камня и отсутствии осложнений заболевания. Оно включает в себя правильную диету и некоторые лекарственные препараты. Диета зависит от вида уролитиаза (состава камней). При образовании уратов из пищи исключаются субпродукты – мозги, почки, печень и др. При фосфатных камнях: исключаются из еды молоко и молочные продукты; показаны мясо, сало, мучные блюда, растительные жиры; ограничиваются овощи и фрукты. При оксалатных камнях: исключаются салат, шпинат; ограничиваются картофель, молоко. Существуют*лекарства,*которые могут*растворять некоторые виды камней,*например, ураты*.*Действие этих препаратов очень специфично и не всегда эффективно, поэтому они должны приниматься строго по назначению уролога. *При приступе почечной колики*необходимо принять теплую ванну или положить грелку на поясницу и принять спазмолитическое и обезболивающее средство (но-шпа, баралгин, анальгин). Если камень очень беспокоит, его *удаляют инструментально*или на *операции.*

**Профилактика мочекаменной болезни**включает следующие рекомендации: отказ от бульонов, шоколада, кофе, какао, острой, жирной и жареной пищи; ограничение общего количества пищи (не переедать), поваренную соль; пить много воды, не менее 1,5 л в сутки, летом следует пить столько, чтобы никогда не ощущать жажды; регулярно принимать мочегонные настои или отвары различных трав; не переохлаждаться, всегда держать в тепле поясницу. При появлении неприятных ощущений в области поясницы немедленно обращаться к урологу.

В целом же, **для профилактики болезней мочеполовой системы,**следует придерживаться здорового образа жизни, т.е. избежание переохлаждений (закаливание), переутомлений, соблюдение правил питания (сокращение острой пищи, отказ от злоупотребления спиртными напитками), наличие физической нагрузки (в частности короткие перерывы на прогулку и / или зарядку в течение дня в случае сидячего характера работы).

Также важно своевременно ликвидировать очаги воспаления при заболеваниях носоглотки, ротовой полости, желудочно-кишечного тракта. Если имеется хроническое заболевание мочевыводящей системы, необходимо ежегодно проходить медицинские обследования.

Соблюдение вышеперечисленных мер позволит значительно снизить риск развития воспалительного процесса в органах мочеполовой системы и избежать более серьезных осложнений. Важно помнить, что любое инфекционно-воспалительное заболевание легче предотвратить, нежели вылечить.

**Заключение**

В заключении можно сказать, что в круг профессиональных интересов врача уролога входит широкий список патологических состояний органов мочеполовой системы, как у мужчин, так и у женщин, для устранения которых, уролог может использовать как терапевтические методы консервативного (медикаментозного) лечения, так и хирургические вмешательства.

В большинстве случаев инфекции этого вида вызваны бактериями. Заражается каждая часть мочевыводящих путей: почки, мочеточник, мочевой пузырь и мочеиспускательный канал.

Основные признаки инфекций мочевых путей: учащённое мочеиспускание, «резь» при мочеиспускании, кровь в моче.

Мужская урология включает в себя такие мочеполовые заболевания как импотенция, преждевременное семяизвержение, простатит, аденома простаты, уретрит, цистит, баланопостит, орхит, эпидидимит, мужское бесплодие, заболевания передающиеся половым путем: хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез, генитальный герпес.

Женская урология проводит диагностику, лечение и профилактику следующих мочеполовых заболеваний: цистит, уретрит, пиелонефрит, недержание мочи. К сожалению, многие пациенты обращаются к урологу только в случае крайней необходимости. Урологи настоятельно рекомендуют профилактические осмотры не реже 1–2 раз в год (после 40 лет – 2–3 раза в год).

Соблюдение профилактических мероприятий имеет важное значение для предотвращения подобной перспективы течения болезни. Профилактические мероприятия нередко требуют от пациента выполнения различных рекомендаций в течении длительного периода. В ряде случаев возникает необходимость изменения устоявшихся привычек и образа жизни у пациентов.