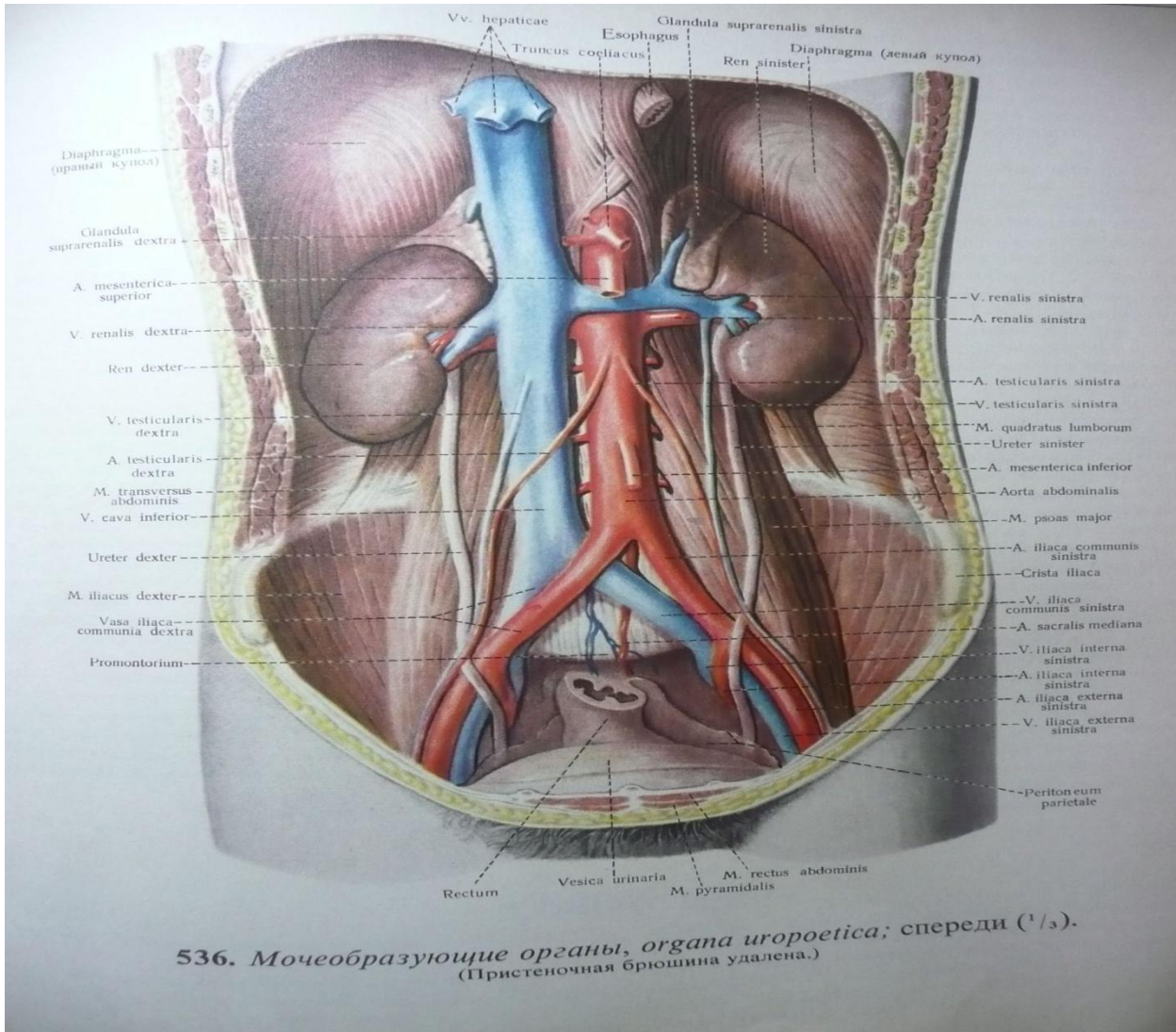


Заболевания и травмы почек



Почечной коликой называется внезапно возникающая сильная, приступообразная, как правило, односторонняя боль в поясничной области с иррадиацией в низ живота, паховую область, наружные половые органы,

Препятствия оттоку мочи встречаются преимущественно при камнях почек и мочеточников. Поэтому типичная почечная колика является одним из достоверных признаков мочекаменной болезни. Камень может ущемиться в почечных чашках, лоханке или мочеточнике на различных его уровнях. Чаще это происходит в местах физиологического сужения мочеточника. Однако внезапно возникающим препятствием к оттоку мочи по мочевыводящим путям может быть не только конкремент, но и сгустки крови, образующиеся, при мочекаменной болезни, острых воспалительных заболеваниях, новообразованиях почек и мочеточников, туберкулезе почек и мочевыводящих путей. Реже препятствием для оттока мочи оказываются слепки мочевых солей, комочки гноя, казеозные массы при туберкулезе почек, кусочки опухоли, оболочки кисты, скопления слизи и микробов. Значительная подвижность почки, приводящая к выраженным перегибам мочеточника, резкие изгибы и сдавления его различного происхождения так же могут явиться причиной колики.

Почечная колика

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА

Почечной коликой называется внезапно возникающая сильная, приступообразная, как правило, односторонняя боль в поясничной области с иррадиацией в низ живота, пах, наружные половые органы, бедро.

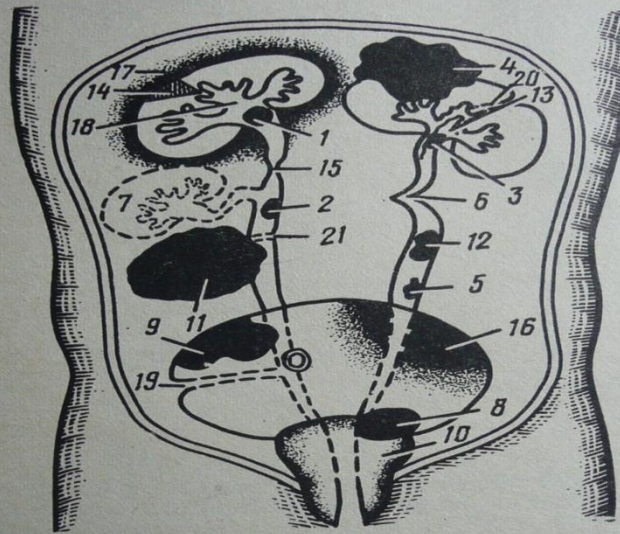


Рис. 1. Схематическое изображение заболеваний и повреждений, которые могут вызвать почечную колику:

1 — камень лоханки почки; 2 — камень мочеточника; 3 — опухоль лоханки; 4 — опухоль почки; 5 — опухоль мочеточника; 6 — перенос мочеточника; 7 — опущение почки; 8 — камень мочевого пузыря; 9 — опухоль мочевого пузыря; 10 — аденома предстательной железы; 11 — опухоль забрюшинного пространства; 12 — сгустки крови; 13 — пиелит и пиелонефрит; 14 — инфаркт почки; 15 — стриктура мочеточника; 16 — воспаление мочевого пузыря; 17 — паранефрит; 18 — пионефроз; 19 — повреждения мочевого пузыря; 20 — повреждение почки; 21 — повреждения мочеточника

Анамнез.

- **Обязательные вопросы:**
- **Начало боли носило характер внезапности?**
- **Имеется ли иррадиация боли? Происходило ли изменение иррадиации с течением времени?**
- **Есть ли жалобы на повышение температуры тела, тошноту рвоту?**
- **Сохранено ли мочеиспускание?**
- **Были ли ранее приступы почечной колики?**
- **Наличие мочекаменной болезни в анамнезе у пациента?**
- **Имеется ли мочекаменная болезнь у ближайших родственников?**

Диагностика

- **Оценка общего состояния** и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.
- **Оценка положения больного** (двигательное беспокойство, непрерывная смена положения тела)
- **Осмотр и пальпация живота** – живот участвует в акте дыхания, отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.
- **Выявление симптомов почечной колики:** - симптом поколачивания – положительный при выявлении болезненности на стороне поражения (поколачивание следует проводить крайне осторожно во избежании разрыва почки).
- **Наличие ассоциированных симптомов:** тошнота, рвота, задержка газов, стула, лихорадка. и др.

Лечение

Для купирования болевого синдрома применяют ненаркотические анальгетики в комбинации со спазмолитиком.

- Баралгил «М» 2,0 или , Ревалгил в/в медленно со скоростью 1 мл. в течение 1 мин.
- Кеторолак (YGDC) d|d 30 vu/ (1 vk/)? Дозу необходимо вводить не менее чем 15 сек. Или м.
- Дротаверин (миотропный спазмолитик) вводят в/в медленно, 40-80 мг. (2% р-р – 2-4 мл.)
- Нитроглицерин (допустимо использование в качестве спазмолитика) под язык в таблетках (0,25 мг. или ½ таблетки или аэрозоле (1 доза).
- Контроль ЧСС, АД, диуреза.

Показания к госпитализации

- **Экстренной госпитализации в урологическое отделение подлежат следующие больные в случае:**

- не купирующейся почечной колики;
- наличия клинических признаков осложнений;
- двусторонней почечной колики или при единственной почке.

Транспортировку осуществляют на носилках в положении лежа.

Допустимо оставить на амбулаторное лечение больных молодого и среднего возраста при отказе их от госпитализации в случае:

- удовлетворительного стабильного состояния
- отсутствия признаков осложнений;
- умеренного болевого синдрома;
- хорошего эффекта от введения анальгетиков
- возможности амбулаторного обследования, контроля и лечения.

Острая задержка мочи

- **Острая задержка мочи** – невозможность или недостаточность самостоятельного опорожнения переполненного мочевого пузыря с болезненными позывами на мочеиспускание.
Этиология: механические, нейрогенные, и функциональные причины
- **Механические:** аденома и рак предстательной железы; острый простатит, склероз шейки мочевого пузыря; инородное тело мочевого пузыря и уретры; новообразование нижних отделов мочевых путей; выпадение матки.
- **Нейрогенные:** травма спинного мозга; грыжа межпозвонкового диска; рассеянный склероз и др.
- **Функциональные** (рефлекторные нарушения функции мочевого пузыря), боль волнения низкая температура окружающей среды и др.
- **Прием некоторых лекарственных средств:** наркотические анальгетики; адреномиметики, бензодизепины; антихолинергические препараты, трициклические антидепрессанты; антигистаминные препараты.

Клиника

- **Острая задержка мочи характеризуется:** мучительными позывами на мочеиспускание; беспокойством больного; сильными болями в надлобковой области ; ощущением распираания внизу живота.
- **Дифференциальная диагностика:** острую задержку мочи дифференцируют с анурией , парадоксальной ишурией, недержанием мочи.
- **Анурия:** мочевого пузыря пуст, отсутствуют позывы на мочеиспускание, пальпация надлобковой области безболезненна.
- **Парадоксальная ишурия:** мочевого пузыря переполнен, больной не может сам помочиться, но при этом моча непроизвольно выделяется каплями. После опорожнения мочевого пузыря уретральным катетером подтекание мочи прекращается, пока мочевого пузыря вновь не переполнится.
- **Недержание мочи:** при истинном недержании мочи моча вытекает сразу же после ее поступления в мочевого пузыря.

Диагностика

- **Обязательные вопросы:**

- Сколько больной не мочится?
- Как больной мочился до острой задержки мочи? Какого цвета была моча?
- Что предшествовало острой задержке мочи: переохлаждение, прием алкоголя, прием острой пищи, длительное вынужденное положение (сидя) запор или понос, ущемление или воспаление геморроидальных узлов?
- Были ли ранее приступы острой задержки мочи? Чем купировались?
- Наблюдается ли больной у уролога?
- Имеется ли аденома простаты и другие заболевания мочевыводящих путей?

Осмотр и физикальное обследование

- **Оценка общего состояния и жизненно важных функций организма**
- **Оценка общего состояния и жизненно-важных функций: сознания, дыхания кровообращения.**
- **Исследование пульса, измерение ЧСС, АД.**
- **Визуальный осмотр: выявление признаков травмы и воспаления наружных половых органов.**
- **Выявление симптомов о.задержки мочи: Симптом «шара»:** выпячивание в надлобковой области у больных астенического происхождения. Пальпаторно в надлобковой области определяют образование округлой формы эластической или плотно - эластической консистенции. Пальпация болезненна из-за сильного позыва на мочеиспускание.
- **Тупой звук при перкуссии надлобковой области (более чувствительный метод, чем пальпация).**

ним определяется тупой звук. Пальпация, как правило, вызывает мучительный позыв на мочеиспускание. Иногда у больных наступает рефлекторное торможение деятельности кишечника со вздутием живота.

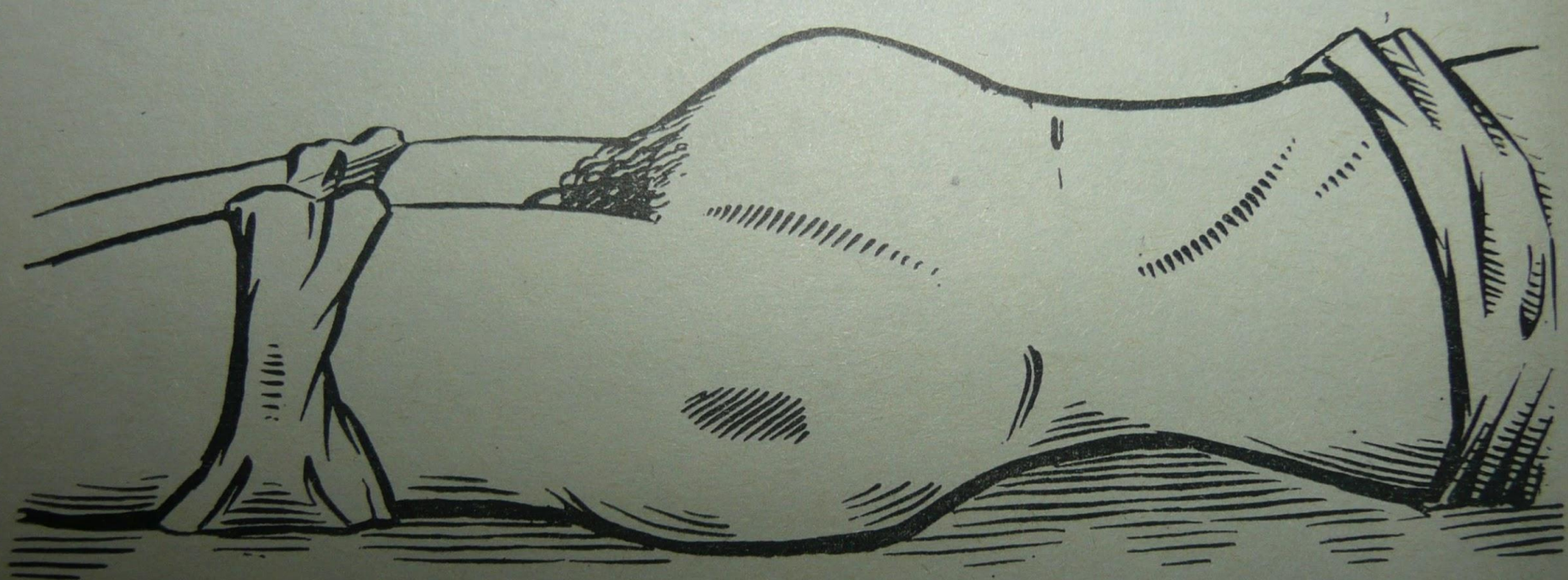


Рис. 19. Изменение конфигурации нижнего отдела живота при острой задержке мочи (симптом «пузырного шара»)

задержки мочи основы-

**• Острый пиелонефрит –
неспецифическое инфекционное
заболевание почек с
преимущественным поражением
интерстициальной ткани и чашечно –
лоханочной системы**

Этиология и патогенез

- **Возбудители инфекции** часто встречающиеся грамотрицательный микроорганизмы (*Escherichia coli* – 75%, *Proteus spp* – 8%, *Klebsiella spp* – 6% .
- **Пути проникновения инфекции:** восходящий - из очагов хронического воспаления, находящихся в нижних мочевых путях, половых органах и реже в толстой кишке.
- **Гематогенный** – источником инфекции является острый или подострый воспалительный процесс вне мочевых путей (мастит, фурункул, карбункул, тонзиллит, бронхит, пневмония, остеомиелит.)
- Факторы риска острого пиелонефрита – МКБ, сахарный диабет, иммунодефицитные состояния, беременность, пожилой возраст.
- **Предрасполагающие факторы** – нарушения гемо или уродинамики в почке или верхних мочевых путей.

Классификация

- **Острый пиелонефрит** классифицируют по патогенезу, локализации, наличию пассажа мочи, наличию осложнений.
- **По патогенезу** различают первичный и вторичный пиелонефрит.
- **Первичный** возникает без предшествующего заболевания почек и мочевых путей. **Вторичный** развивается на фоне органических или функциональных изменений в почках и мочевых путях.
- **По локализации** различают односторонний (редко) и двусторонний пиелонефрит.
- По наличию пассажа мочи по верхним мочевым путям (т.е. из почки в лоханку и далее по мочеточнику) различают обструктивный и не обструктивный пиелонефрит.
- **Не обструктивный пиелонефрит** (серозный и гнойный) апостематозный пиелонефрит, карбункул почки, абсцесс почки) пассаж мочи сохранен.
- **Обструктивный пиелонефрит** (в том числе некротический папиллит) пассаж мочи нарушен)

Этиология и патогенез

- **Инфекция, попав в почку, находит благоприятные условия для жизнедеятельности в зонах гипоксии, где и возникает воспалительный процесс. Инфицированный тромб или эмбол в конечных сосудах коркового вещества почки вызывает инфаркт с последующим нагноением. Возникновение множественных мелких нагноившихся инфарктов в корковом веществе – апостематозный нефрит. Развитие обширного инфаркта с последующим нагноением ведет к формированию карбункула почки.**

Клиническая картина симптомов острого пиелонефрита

- **Высокая (38 – 39) и выше температура тела, озноб**
- **Односторонние или двусторонние боли в поясничной области, усиливающиеся при пальпации.**
- **Дизурия.**
- **Признаки общей интоксикации: слабость, отсутствие аппетита, головная боль, нередко тошнота и рвота.**
- **Часто острому пиелонефриту предшествует клиническая картина острого цистита в виде учащенного и болезненного в конце мочеиспускания.**

Клиника

- острый не обструктивный пиелонефрит начинается с дизурии, к которой в тот же день или спустя 1 – 2 суток присоединяется высокая температура тела, озноб боли в области пораженной почки;
- озноб может сменятся проливным потом с кратковременным снижением температуры тела;
- боли в поясничной области могут появляться во время мочеиспускания и предшествовать ознобу и лихорадке (пузырно – мочеточниковый рефлюкс), а после их вообще не повторяются.

Клиника

- Острый обструктивный пиелонефрит начинается с постепенно нарастающей или острой боли в поясничной области на стороне поражения с последующим ознобом и повышением температуры тела;
- Обусловлен окклюзией мочевых путей камнем, продуктами хронического воспаления почки, внешним сдавлением (ретроперитонеальным фиброзом, опухолью внутренних половых органов, увеличение лимфатических желез и др).
- **Осложнения:** уросепсис, септический шок, некротический папиллит, абсцесс почки, карбункул почки, паранефрит, пионефроз.
- **Дифференциальная диагностика.** Инфекционные заболевания протекают с лихорадкой и ознобом, но никогда не сопровождаются болевым синдромом в поясничной области (брюшной тиф, малярия, сепсис).
- **Острые хирургические заболевания** (острый панкреатит, аппендицит, холецистит, расслоение аорты и др.) часто сопровождаются сильными болями в животе, которые могут иррадиировать в поясничную область. Но выраженное повышение температуры и дизурия наблюдаются редко.

Действия на вызове. Диагностика

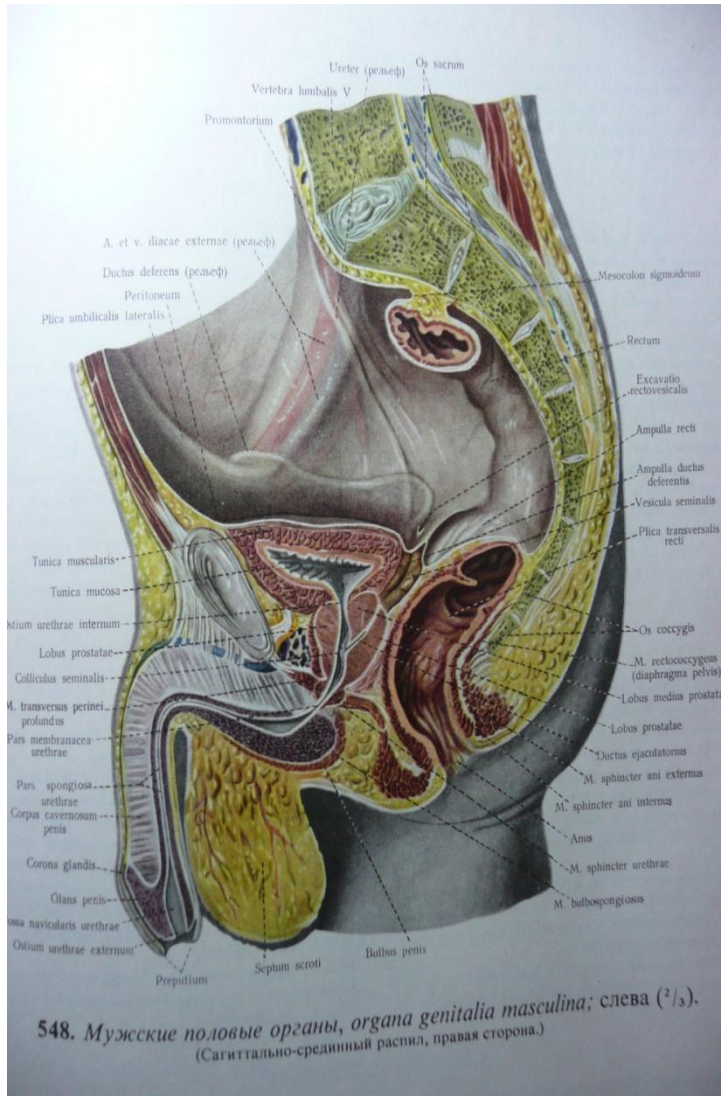
- **Обязательные вопросы:**
- Когда начались боли в поясничной области, лихорадка и дизурия?
- Предшествовало ли заболеванию переохлаждение?
- Имеются ли у больного хронические заболевания мочеполовых органов (хр. пиелонефрит, МКБ, заболевания предстательной железы).
- Проводились ли оперативные вмешательства на почках и мочевых путях.
- Проводилась ли недавно катетеризация мочевого пузыря?
- Не страдает ли больной сахарным диабетом?
- У женщин детородного возраста уточнить наличие беременности.

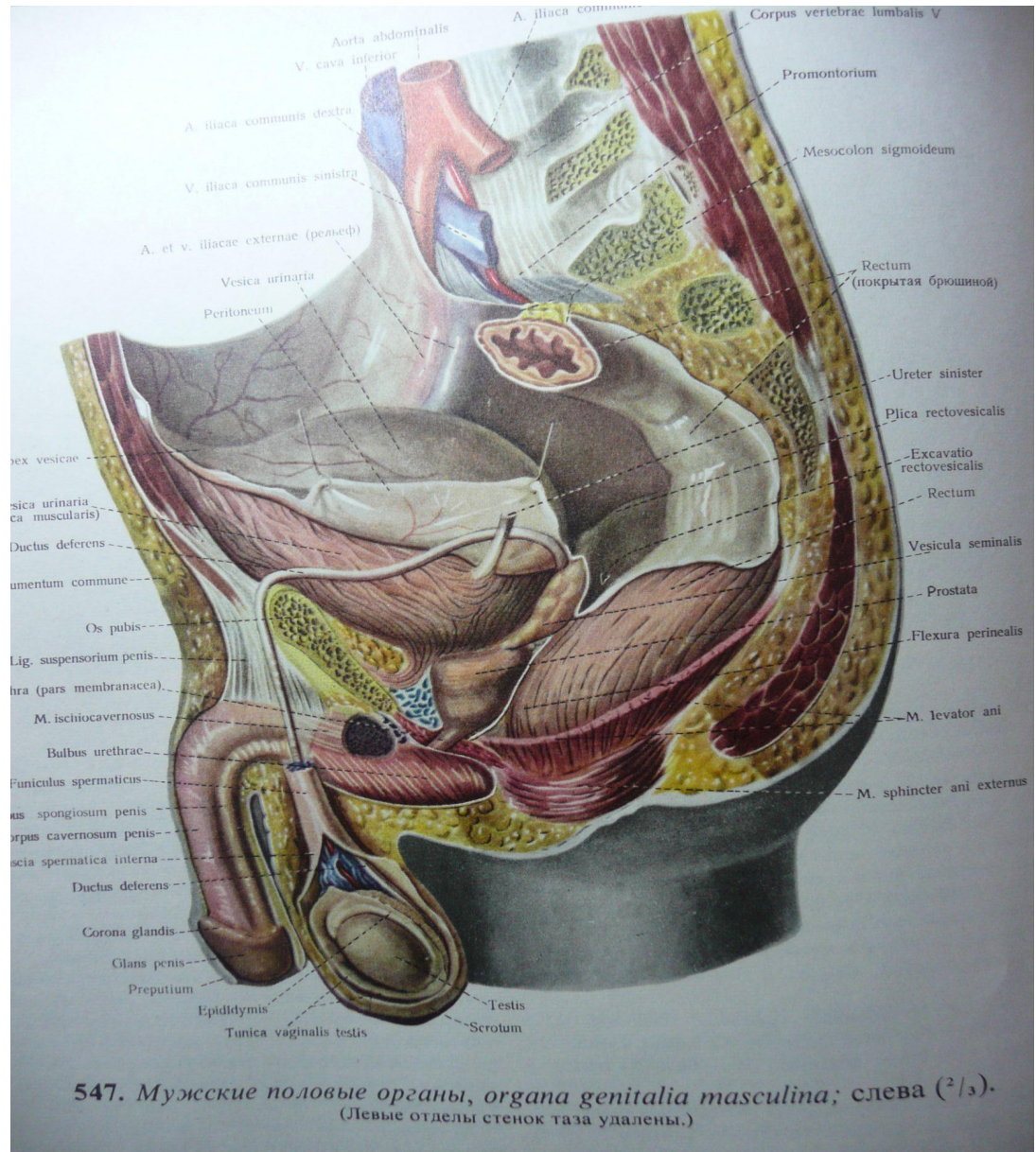
Осмотр и физикальное обследование

- Цвет кожных покровов и видимых слизистых.
- Исследование пульса и измерение ЧСС (характерна тахикардия)
- Измерение АД (возможна артериальная гипотензия)
- Измерение температуры тела (38-39 С и выше)
- Симптом поколачивания по поясничной области: считается положительным при выявлении болезненности со стороны пораженной почки.
- Одновременная сравнительная пальпация поясничной и пореберной области – выраженная ригидность мышц и локальная болезненность на стороне поражения.
- Пальпация почек (увеличенная и болезненная почка).
- Наличие ассоциированных симптомов: тошнота, рвота, олиго или анурия

Лечение

- **На до госпитальном этапе проводят симптоматическую терапию:** при высокой температуре (выше 38 С или выраженном болевом синдроме назначают парацетамол по 500 мг. per. os., запивая большим количеством воды (максимальная разовая доза 1 гр., максимальная суточная доза 4 гр).
- **При артериальной гипотензии и бактериоксическом шоке:**
- Обеспечить внутривенный доступ, 0.9% натрия хлорида 1000.0 в/венно капельно; при сохраняющейся гипотензии после восполнения ОЦК применяют р-р дофамина в/в капельно со скоростью 2-11 капель в мин. Перед употреблением 200 мг. дофамина разводят в 400 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 5% декстрозы.
- Постоянный контроль функции дыхания и кровообращения.
- Обязательная госпитализация в урологическое отделение в положении лежа.





547. Мужские половые органы, *organa genitalia masculina*; слева (2/3).
 (Левые отделы стенок таза удалены.)

подр...
рыв, когда просвет мочевого пузыря не сообщается с
окружающими тканями, полный разрыв, отрыв от
мочеиспускательного канала (рис. 28).

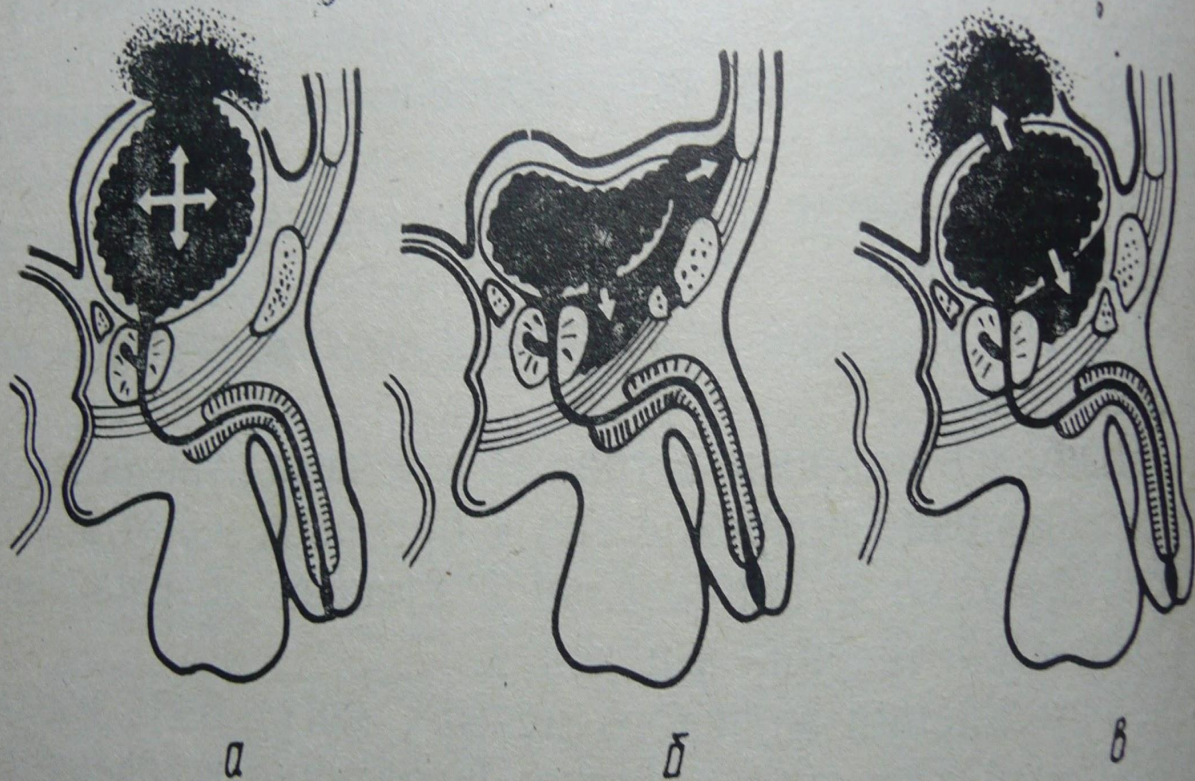


Рис. 28. Схема повреждений мочевого пузыря:
а — внутрибрюшинное; б — внебрюшинное; в — комбинированное

развивается гематома в околопочечной капсулы, как правило
и разрывы и трещины почечной клетчатке. Если
от чашечек, образуется уругематома. Различают не-
сколько видов закрытых уругематом. Различают не-
схематически изображены повреждений почек, которые
енно наблюдаются ушибы почек без нарушения це-
лости почечной капсулы и разрывов паренхимы почки

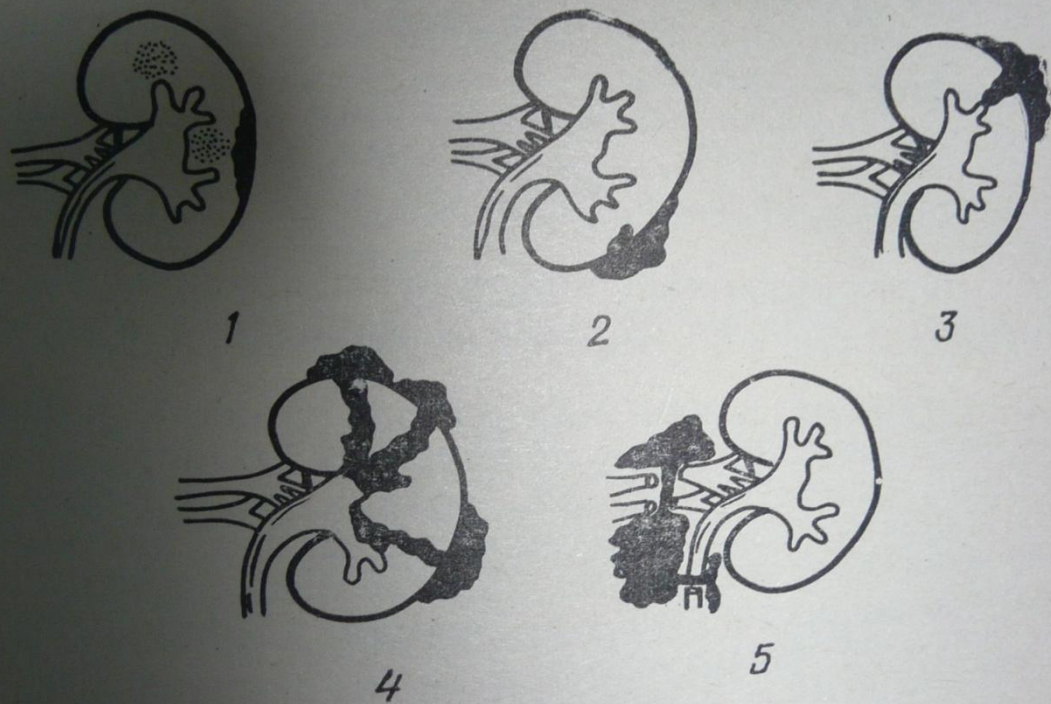


Рис. 23. Схема закрытых повреждений почек:
1 — ушиб почки без нарушения целостности почечной капсулы; 2 —
разрывы паренхимы почки, не достигающие лоханки и чаше-
чек; 3 — разрывы паренхимы почки, достигающие чашечек; 4 —
размозжение почки; 5 — повреждение сосудистой ножки, отрыв
почки от сосудов и мочеточника