

**Российский
университет дружбы
народов**

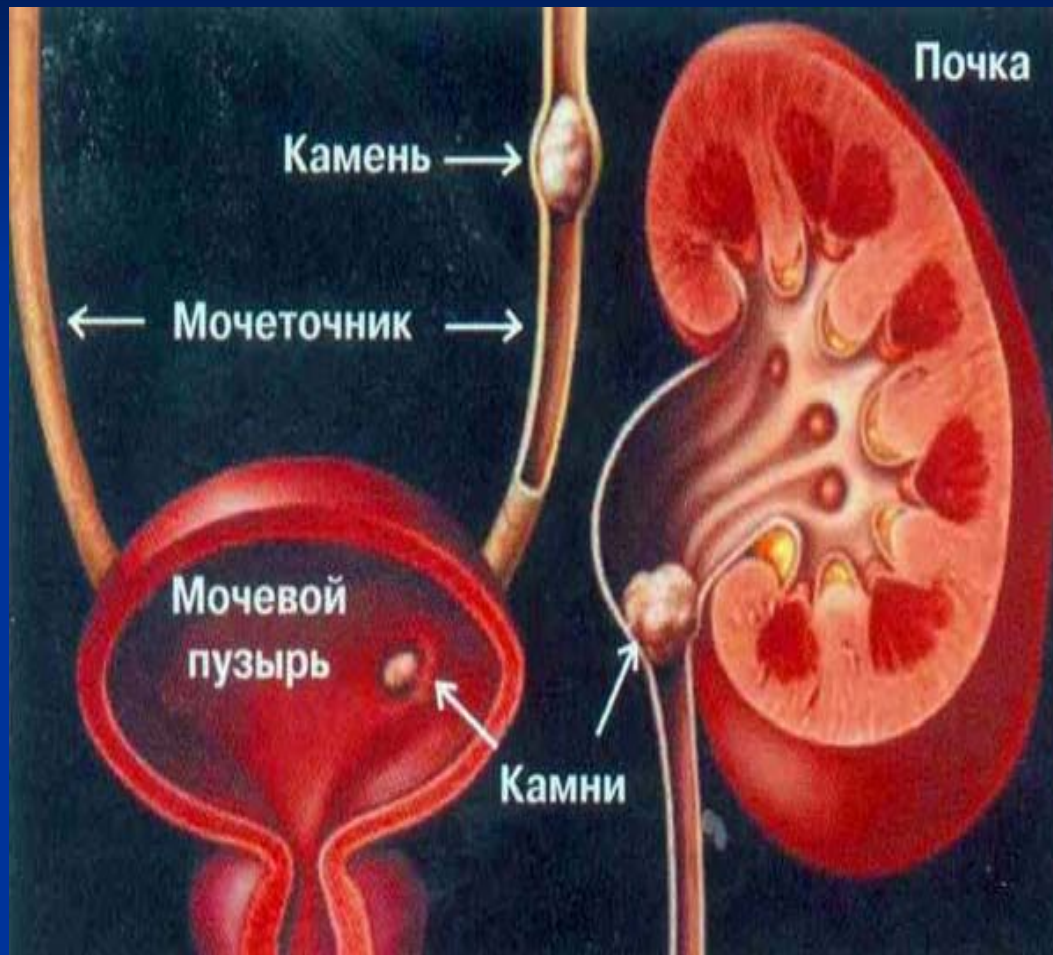
**НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В
УРОЛОГИИ.**

кафедра урологии и оперативной нефрологии
зав. кафедрой проф. Авдошин В.П.

Неотложные состояния в урологии

- Почечная колика
- Гематурия
- Острая задержка мочеиспускания
- Анурия
- Пиелонефрит
- Бактериемический шок
- Травма мочеполовых органов
- Фимоз
- Приапизм

Почечная колика это



Симптомо-
комплекс,
возникающий
при остром
(внезапном)
нарушении
оттока мочи
из почки.

Почечная колика

- В экстренной медицине (не считая травм) почечная колика по частоте занимает второе место после острого аппендицита.
- Причинами почечной колики могут быть мочекаменная болезнь (57,5%), нефроптоз (10%), опухоли (1,5%), постлучевые стриктуры мочеточников (1%), заболевания предстательной железы (2%). иногда причину почечной колики установить не удастся (до 38%)

Почечная колика патофизиология

- В почке на стороне поражения развивается внутрилоханочная гипертензия до 150 мм вод.ст. при норме 15 мм вод.ст., повреждаются форниксы. Появляются форникальные рефлюксы, которые вызывают экстравазацию мочи за пределы чашечно-лоханочной системы в почечный синус, паранефральную клетчатку.

Почечная колика патофизиология

- Кроме того, возникают спазм сосудов почки и ее ишемия, венозный и лимфатический стаз в ней, снижаются клубочковая фильтрация и эффективный почечный плазмоток. В контралатеральной почке также снижаются клубочковая фильтрация и эффективный почечный плазмоток, угнетается диурез.

Патогенез почечной колики



Почечная колика (симптомы)

- Боль при почечной колике присутствует у 100% пациентов (боль в поясничной области - 93 %; боль в абдоминальной области - 7 %)
- Положительный симптом поколачивания у 87,8 %
- Дизурия у 45,3 %
- Тошнота у 56%
- Повышение артериального давления у 93 %
- Гематурия у 23 %

Боль при почечной колике

- Приступ развивается неожиданно. Ему может предшествовать некоторый дискомфорт. Провоцируют приступ тряская езда, прием алкоголя, поднятие тяжестей.
- Боль локализуется в поясничной области, но может иррадиировать по ходу мочеточника, паховую область и половые органы.

Диагноз почечной колики

- ставят на основании характерной локализации и иррадиации боли, усиливающейся при пальпации и поколачивании в области почки, на основании изменений мочи, данных хромоцистоскопии и внутривенной урографии.
- При хромоцистоскопии во время приступа индигокармин с больной стороны не выделяется

Хромоцистоскопия

081108n01n01ey.mp4

Обзорная урография



- Обзорная рентгенография в прямой проекции позволяет выявить тени рентгенопозитивных конкрементов.

Конкремент нижней трети правого мочеточника, конкремент левой почки

Внутривенная урография.



- Внутривенная урография — наиболее ценный метод диагностики почечной колики и ее дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Следует помнить что на высоте приступа почечной колики функция почки отсутствует

Ультразвуковое исследование

- Метод позволяет оценить расстояние до границы разделения плотностей двух тел, основываясь на времени прохождения волны, отраженной от границы раздела.



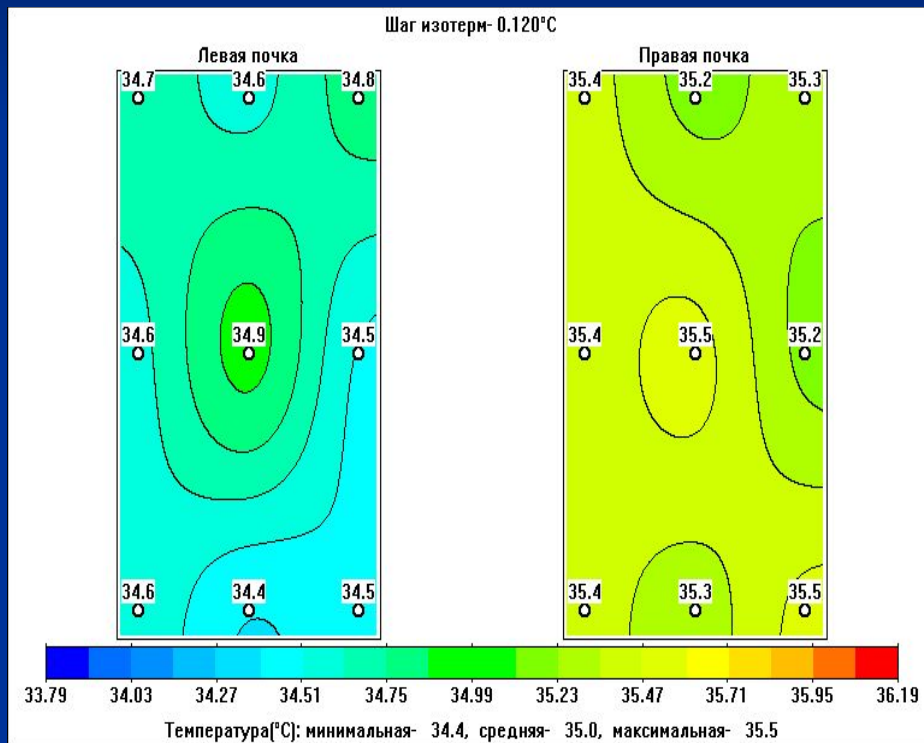
При УЗИ отмечается расширение чашечно-лоханочной системы почек.

Допплерография сосудов почек.



- Метод исследования, основанный на эффекте Доплера. Позволяет определить скорость движения границы раздела плотностей, а также разницу в плотностях, образующих границу.
- При доплерографии сосудов почек повышение резистивного индекса выше 0,7 или разность индексов более 0,05 на стороне поражения и здоровой стороне

Глубинная РТМ.



- Метод радиотермометрии (РТМ) [2–8] основан на измерении интенсивности собственного электромагнитного излучения внутренних тканей пациента в диапазоне сверхвысоких частот, которое пропорционально температуре тканей.
- При глубинной радиотермометрии отмечается снижение температуры пораженной

Лечение.

- Тепло к поясничной области
- Спазмолитики: но-шпа 2,0 в/м, платифиллин 0,2% 1,0 в/м.
- Ненаркотические анальгетики баралгин 5,0 в/в или в/м
- Нестероидные противовоспалительные препараты – Диклофенак, Вольтарен.
- Препараты группы терпенов - Уролесан, Цистенал, Ависан
- Магнитно-лазерное облучение проекции мочеточника и почки
- Катетеризация мочеточника и лоханки
- ЧПНС
- Экстренная уретеро-, пиело- литотомия

Схема лечения почечной КОЛИКИ

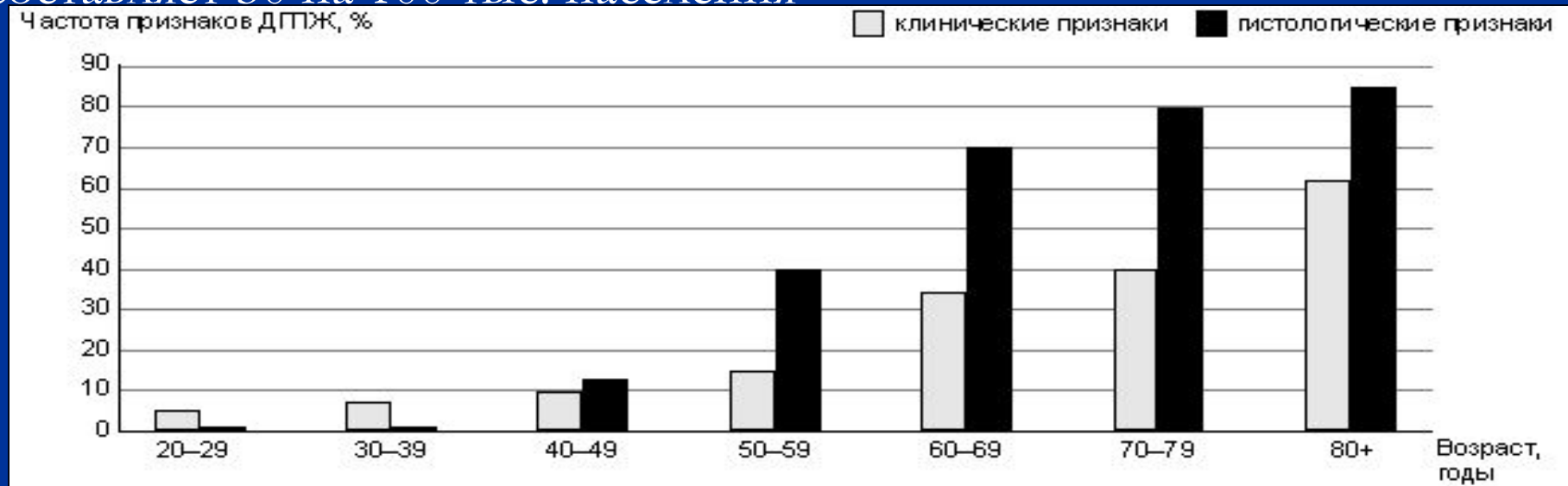




Аденома предстательной железы. Острая задержка мочеиспускания.

- У 40 % мужчин старше 60 лет имеются клинические проявления ДГПЖ.
- При гистологическом исследовании её обнаруживают более чем у 60 % мужчин в возрасте 60 лет и у 90% мужчин 80 лет
- Около 20% мужчин, достигших 60-летнего возраста, отмечают значительное ухудшение качества жизни, обусловленное расстройством мочеиспускания
- Оперативному лечению подвергаются только 30% мужчин с ДГПЖ, доживших до 80 лет

В экономически развитых странах Европы смертность от ДГПЖ составляет 30 на 100 тыс. населения



Клинические и гистологические признаки ДГПЖ в разных возрастных группах

Горилковский Л.М. 1997

год

Основные симптомы ДГПЖ

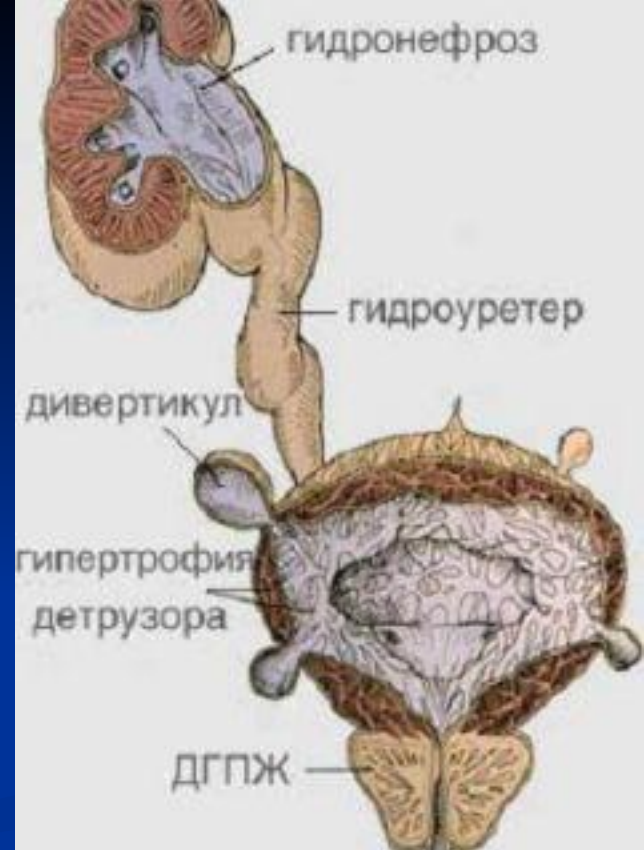
Сдавливание простатического отдела мочеиспускательного канала препятствует нормальному оттоку мочи из мочевого пузыря. Появляются обструктивные и ирритативные симптомы ДГПЖ.

Обструктивные симптомы (связанные со сдавлением мочевыводящих путей).

1. Ослабление струи мочи
2. Затрудненное мочеиспускание
3. Необходимость напрягать брюшную стенку
4. Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
5. Задержка мочи
6. Подтекание мочи по каплям

Ирритативные симптомы (связанные с раздражением нервных рецепторов). 1.

1. Императивные позывы
2. Прерывистое мочеиспускание
3. Частое ночное пробуждение для мочеиспускания
4. Невозможность удержать мочу при возникновении позыва



Диагноз доброкачественной гиперплазии предстательной железы устанавливается

на основании:

- Жалоб
- Пальцевого ректального исследования
- Оценки симптомов шкалы IPSS
- УЗИ мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи, ТРУЗИ простаты, определение объема предстательной железы
- Скорости потока мочи по данным урофлоуметрии
- Определение уровня ПСА
- Данным цистографии



Осложнения ДГПЖ

- Острая задержка мочеиспускания
- Хроническая почечная недостаточность
- Камни мочевого пузыря
- Хронический цистит, осложняющийся атакой острого восходящего пиелонефрита.
- Дивертикулы мочевого пузыря
- Билатеральный хронический пиелонефрит



Операционная травма, кровопотеря, анестезиологическое пособие и особенности послеоперационного периода, в первую очередь связанные с длительной иммобилизацией, после таких операций чреваты возникновением ряда осложнений, одним из которых является острая задержка мочеиспускания (ОЗМ). Послеоперационную острую задержку мочеиспускания (ПЗМ) можно охарактеризовать как внезапно возникающую невозможность самостоятельного мочеиспускания при наличии позывов к нему и наполненном мочевом пузыре в течение 6—10 ч после операции

Основные методы лечения ДГПЖ

■ Консервативный

1. Альфа-адреноблокаторы
2. Ингибиторы 5-оксиредуктазы
3. Растительные препараты.

■ Оперативный

1. Троякарная цистостомия.
2. ТУР предстательной железы
3. Открытая операция – аденомэктомия.

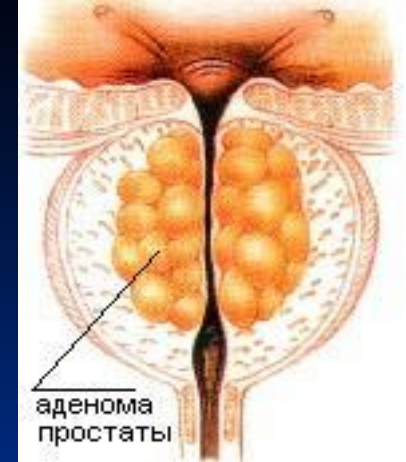
Показания для медикаментозной терапии ДГПЖ:

- Балл IPSS больше 8 и меньше 19
- QOL не менее 3 баллов
- Максимальная скорость потока мочи (Q_{max}) не более 15 и не менее 5 мл/с
- Объем мочеиспускания не менее 100 мл
- Объем остаточной мочи не более 150 мл
- Наличие противопоказаний к оперативному лечению
- Социальные причины



О.Б. Лоран, Д.Ю.
Пушкарь, П.И. Раснер
2000 год

Противопоказания для медикаментозной терапии ДГПЖ:



- Подозрение на рак простаты
- Воспалительные заболевания нижних мочевых путей в стадии обострения
- Нейрогенные нарушения мочеиспускания
- Операции на органах малого таза в анамнезе
- Камни мочевого пузыря
- Форма роста ДГПЖ, именуемая "средняя доля"
- Персистирующая макрогематурия
- Почечная и печеночная недостаточность
- Индивидуальная непереносимость препаратов

О.Б. Лоран, Д.Ю.

Пушкарь, П.И. Раснер,

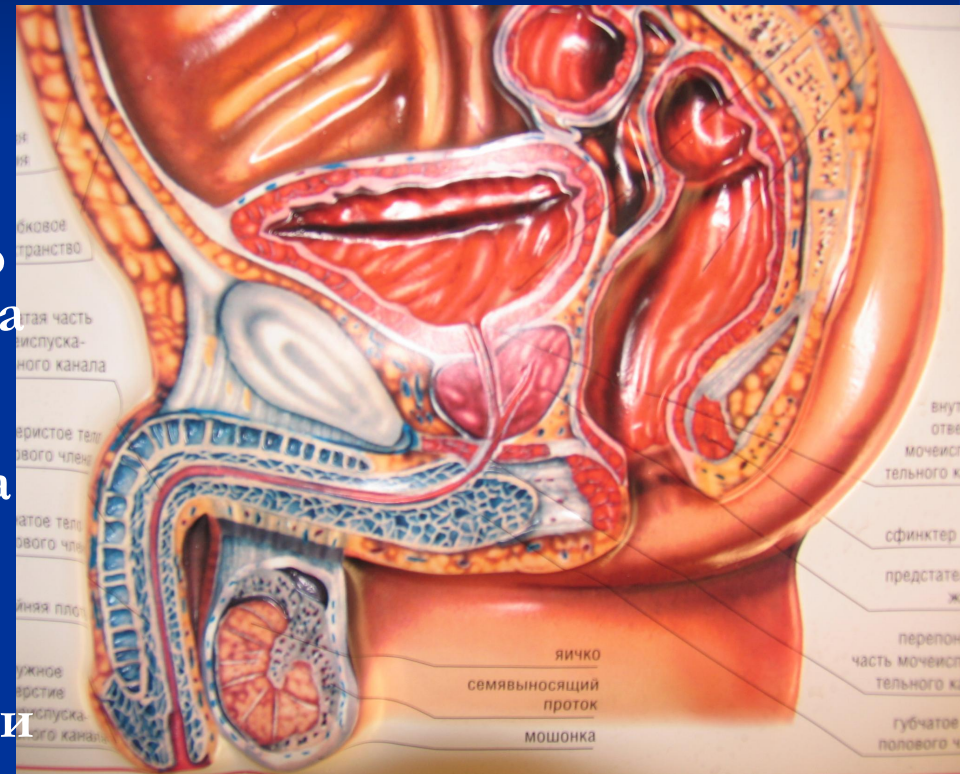
2000 год

послеоперационной задержки мочеиспускания у данной категории пациентов является использование

альфаадреноблокаторов

Механизм действия:

1. блокируют действие катехоламинов на α_1 -адренорецепторы нижних отделов мочевыводящих путей,
2. приводят к расслаблению гладких мышц шейки мочевого пузыря, простатического отдела уретры, стромальной части простаты, тем самым улучшая максимальную скорость потока мочи и уменьшая остаточный объем мочи
3. воздействуют и на детрузор, улучшая кровоток в его стенке и снижая явления гипоксии.



- Таким образом, профилактический прием альфа - адреноблокаторов в пред- и послеоперационном периоде больными, с сопутствующей ДГПЖ, **предотвращает развитие нарушений мочеиспускания, том числе острой задержки мочеиспускания, что не требует катетеризации мочевого пузыря и, как следствие, предотвращает инфицирование мочевых путей, с последующим развитием инфекционно-воспалительных осложнений (цистит, пиелонефрит, сепсис)**

- *Основным лечебным мероприятием, применяющимся для разрешения ПЗМ является катетеризация мочевого пузыря - быстрый и эффективный способ эвакуации мочи из мочевого пузыря.*

- *Даже однократная катетеризация мочевого пузыря, а тем более длительное дренирование катетером приводит к инфицированию мочевых путей.*

- *Профилактический прием альфа - адреноблокаторов в сочетании с антибактериальными препаратами приводит к снижению частоты экстренных оперативных вмешательств, с целью дренирования мочевого пузыря, ускорению восстановления адекватного мочеиспускания и предупреждению инфекционно – воспалительных осложнений со стороны мочеполовых органов.*



■ Методы отведения мочи

1. Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером в течение 3-х суток на фоне приема альфа-адреноблокаторов и антибактериальной терапии.
2. Троакарная цистостомия, в связи с не восстановившимся самостоятельным мочеиспусканием.



Демонстрация консервативной терапии

Демонстрация катетеризации мочевого пузыря.



Демонстрация операции троакарная цистостомия.



Анурия

Острая почечная недостаточность (ОПН) — это прекращение выделительной функции почек, приводящее к быстро нарастающей азотемии и тяжелым водно-электролитным нарушениям. Более чем в половине случаев причинами ОПН служат множественная травма и операции на сердце и крупных сосудах. Госпитальная ОПН составляет 30—40%, еще 15—20% приходится на акушерско-гинекологическую ОПН. Выделяется ОПН:

- **при множественной травме, послеоперационная (50%);**
- **акушерско-гинекологическая (20%);**
- **госпитальная (30%):**
 - **лекарственная;**
 - **от водно-электролитных и гемодинамических нарушений,**
 - **от нетравматического рабдомиолиза.**

За последние 10 лет существенно возрос (в 6—8 раз) удельный вес лекарственной ОПН. В связи с увеличением объема и усложнением оперативных вмешательств участились случаи хирургической ОПН:

- **трансплантация сердца (50%);**
- **протезирование сердечных клапанов (7%);**
- **аорто-коронарное шунтирование (0,4%).**

Классификация

- Преренальная
- Ренальная секреторная
- Постренальная экскреторная
- Аренальная (ренопривная)

Преренальная

Самая частая и прогностически наиболее благоприятная форма, причинами которой являются:

- снижение сердечного выброса:
 - кардиогенный шок;
 - тампонада перикарда;
 - тяжелые аритмии,
 - эмболия легочной артерии;
 - застойная сердечная недостаточность.
- патологическое снижение сосудистого тонуса.
 - анафилаксия;
 - бактериемический шок;
 - передозировка гипотензивных препаратов;
- падение эффективного внеклеточного объема:
 - крово(плазмо)потеря. дегидратация;
 - профузная диарея, рвота, полиурия;
 - перераспределение внеклеточных объемов с развитием гиповолемии;
- нарушения внутрипочечной гемодинамики.

Ренальная

Причинами ренальной ОПН являются:

- острый канальцевый некроз:
 - ишемический;
 - нефротоксический;
 - лекарственный;
- внутриканальцевая обструкция:
 - патологическими цилиндрами, пигментами;
 - кристаллами;
- острый тубулоинтерстициальный нефрит:
 - лекарственный;
 - инфекционный;
- острый пиелонефрит;
- некротический папиллит;
- кортикальный некроз:
 - акушерский;
 - при анафилактическом шоке;
 - при остром сепсисе;
- гломерулонефриты:
 - острый;
 - быстро прогрессирующий;
- поражение почечных сосудов:
 - травматическое,
 - иммуновоспалительное.

Внутриканальцевая обструкция

Внутриканальцевая обструкция возникает при травматическом (краш-синдром) и нетравматическом рабдомиолизе Причины нетравматического рабдомиолиза:

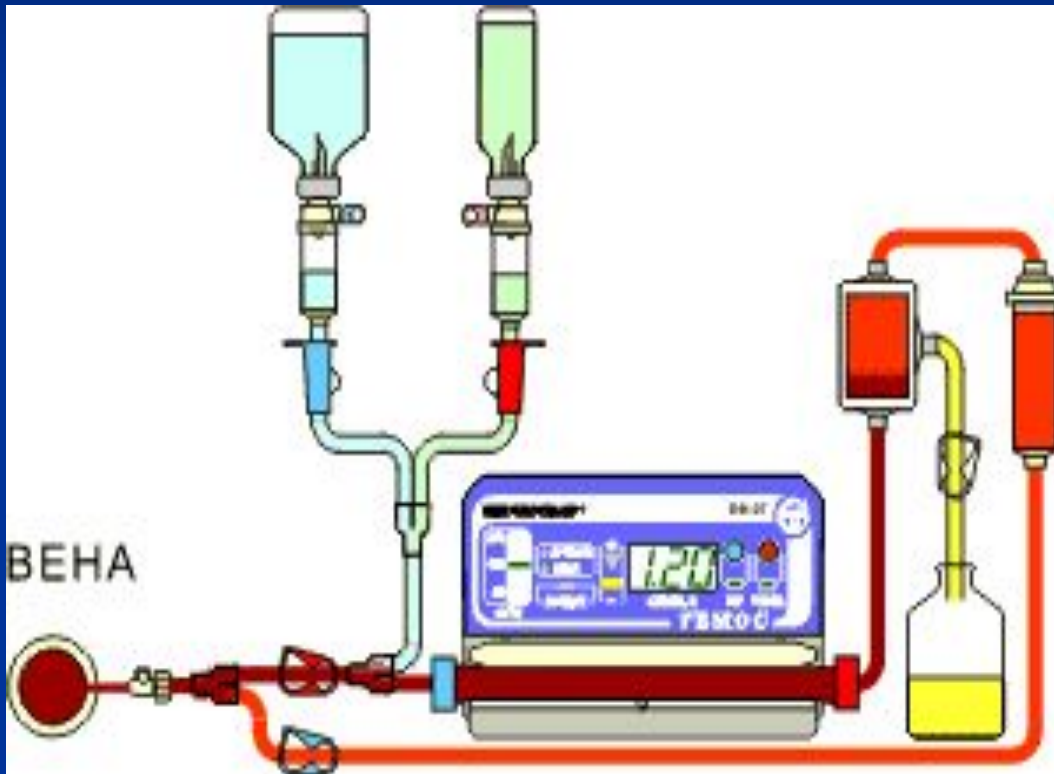
- вирусные миозиты;
- тяжелые электролитные нарушения: гипокалиемия, гипофосфатемия;
- длительное коматозное состояние,
- алкогольная миопатия;
- героиновая миопатия,
- длительная лихорадка;
- астматический статус;
- эклампсия;
- электротравма;
- отморожение;
- отравление окисью углерода;
- отравление солями ртути, цинка, меди;
- лекарства (азидотимидин, статины, фибраты).

Пострениальная

Чаще всего обусловлена острой обструкцией мочевых путей:

- поражение мочеточников:
 - обструкция (камень, сгустки крови, некротический папиллит);
 - сдавление (опухоль, забрюшинный фиброз);
- поражение мочевого пузыря:
 - камни, опухоль, шистосомоз, воспалительная обструкция шейки мочевого пузыря, аденома предстательной железы;
 - нарушения иннервации мочевого пузыря: поражения спинного мозга, диабетическая нейропатия;
- стриктура уретры.

Гемосорбция



- МЕТОД
экстракорпоральной
детоксикации,
основанный на
сорбировании
токсических веществ
крови
активированным
углем.

Плазмаферез



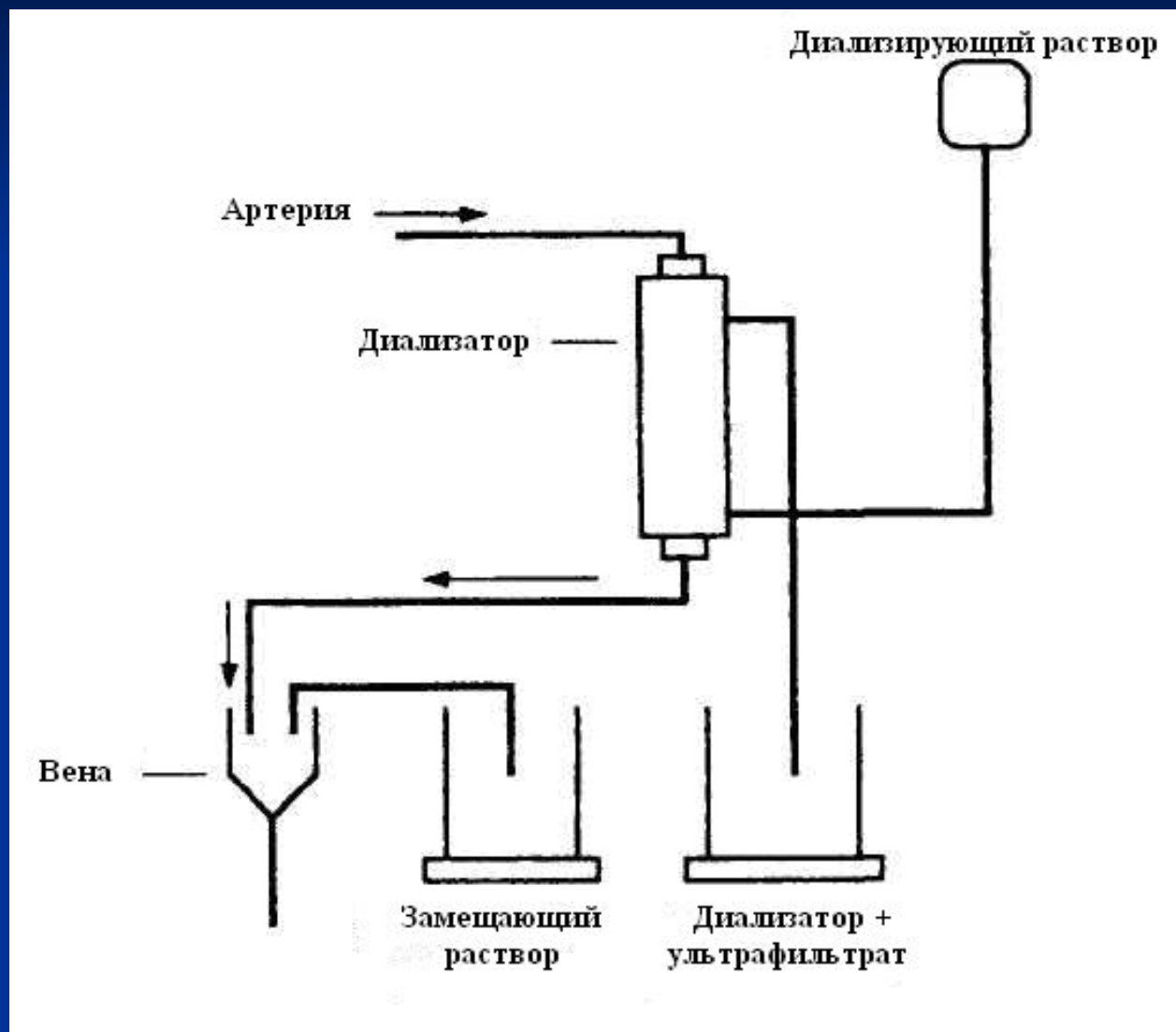
Гемодиализ



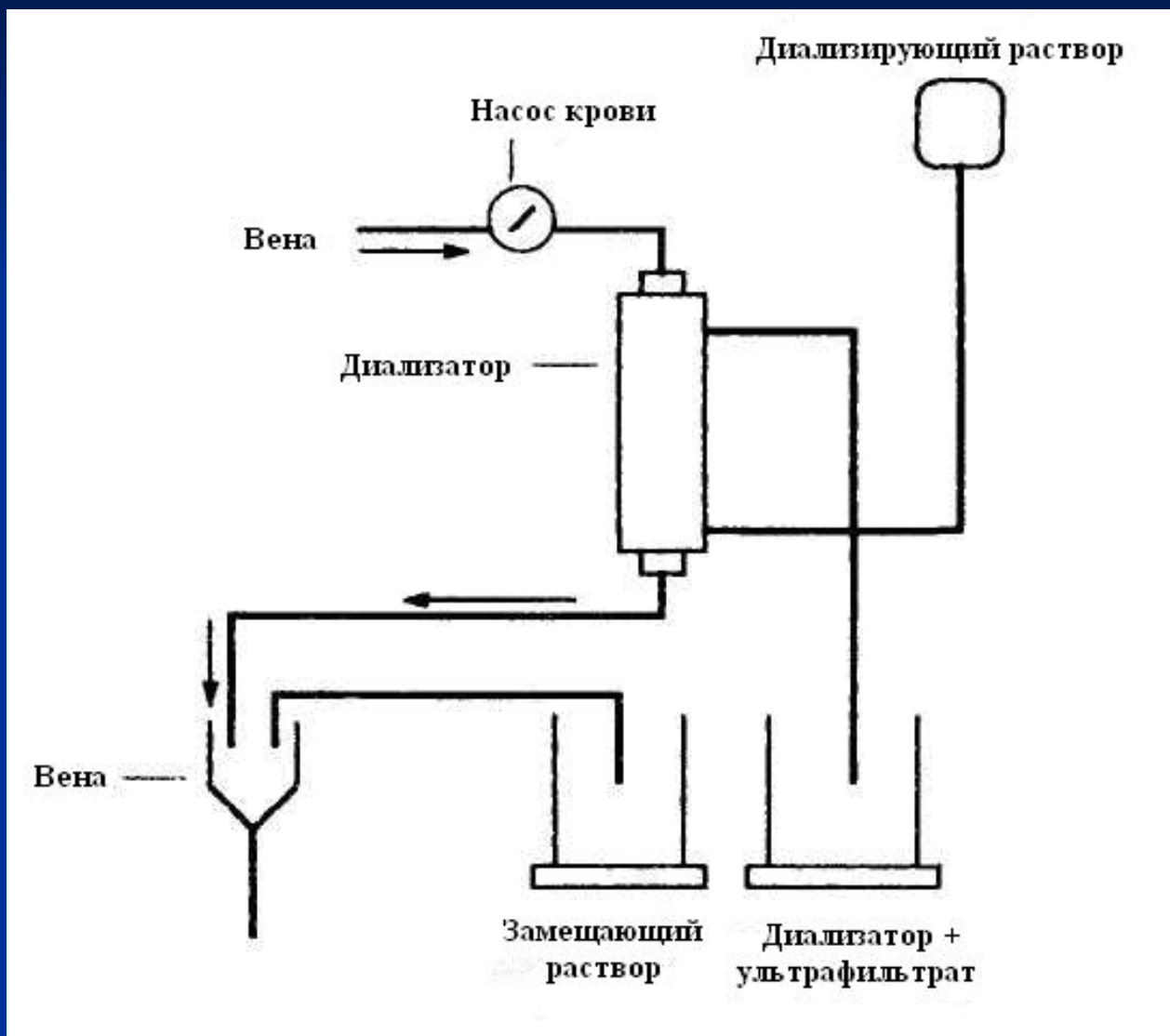




Постоянный артериовенозный гемодиализ



Постоянный веновенозный гемодиализ



СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!!!