

**Догляд за хворими
з хірургічними захворюваннями
і ушкодженнями органів
сечостатевої системи**

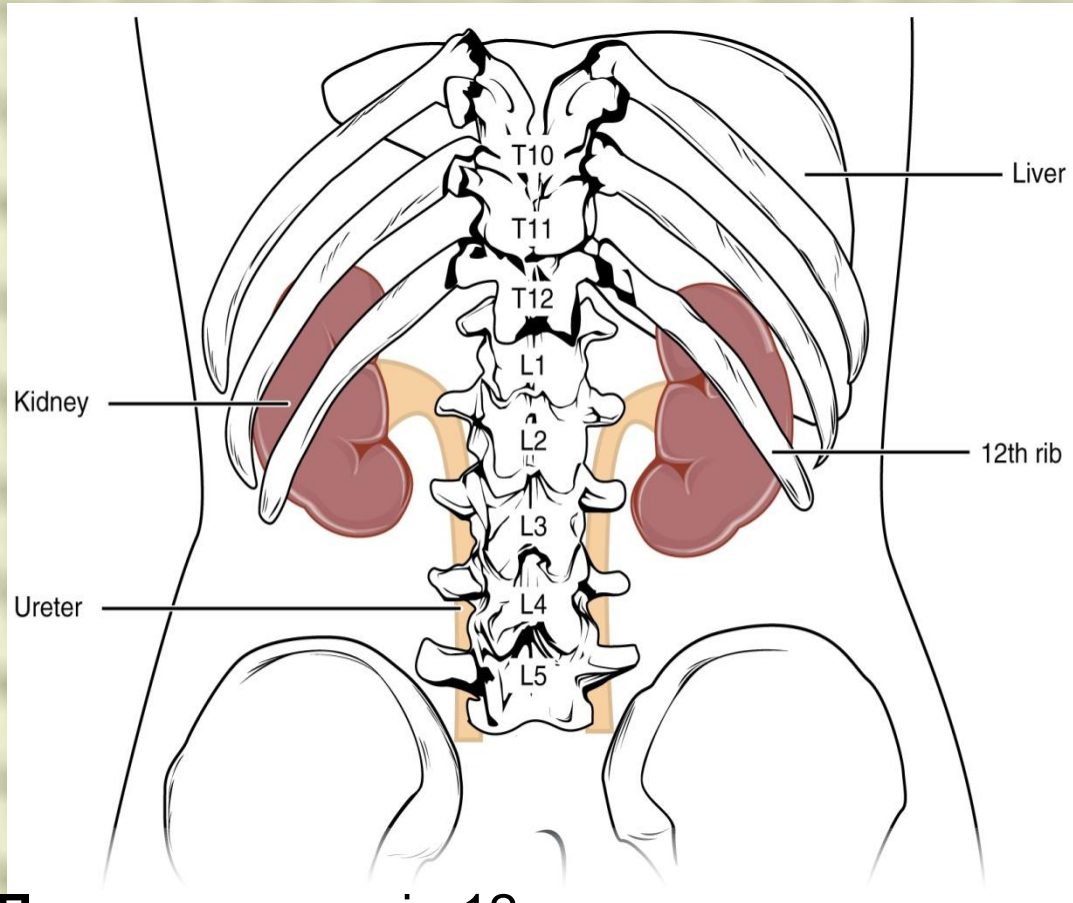
ВНЗ “ДБМК”
ЦМК хірургічних дисциплін
Медсестринство в хірургії
Викладач Петров В.В.

План лекції

1. Особливості дослідження хворих із захворюваннями сечових і статевих органів (мануальні, інструментальні, спеціальні та лабораторні дослідження).
2. Гнійно-запальні захворювання нирок і сечового міхура: пієліт, пієлонефрит, пієлонефроз, цистит.
3. Сечокам'яна хвороба, клінічні ознаки, діагностика та лікування.
4. Захворювання передміхурової залози. Захворювання яєчок і статевого члена
5. Ушкодження органів сечової і статеві системи — нирок, сечового міхура, сечівника (уретри). Особливості діагностики, надання першої допомоги.

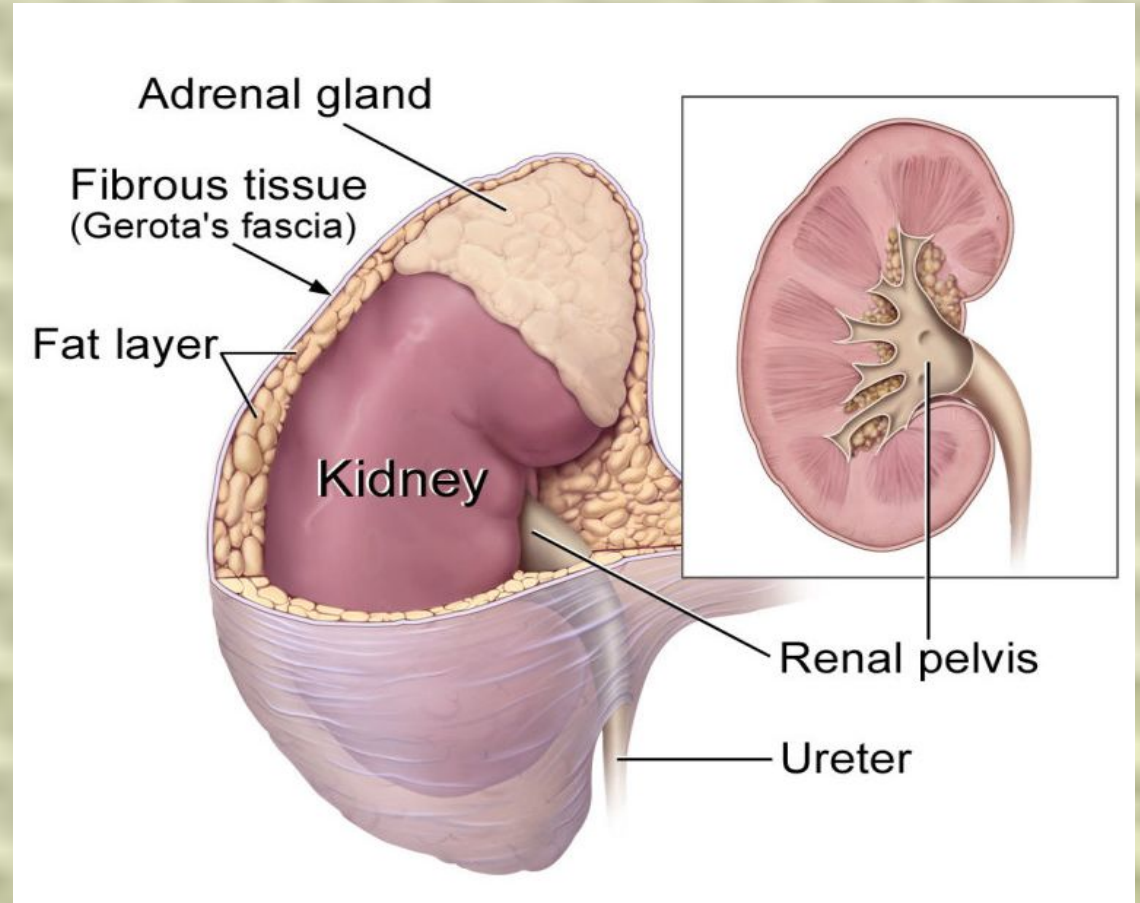
ХІРУРГІЧНА АНАТОМІЯ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

топографія нирок

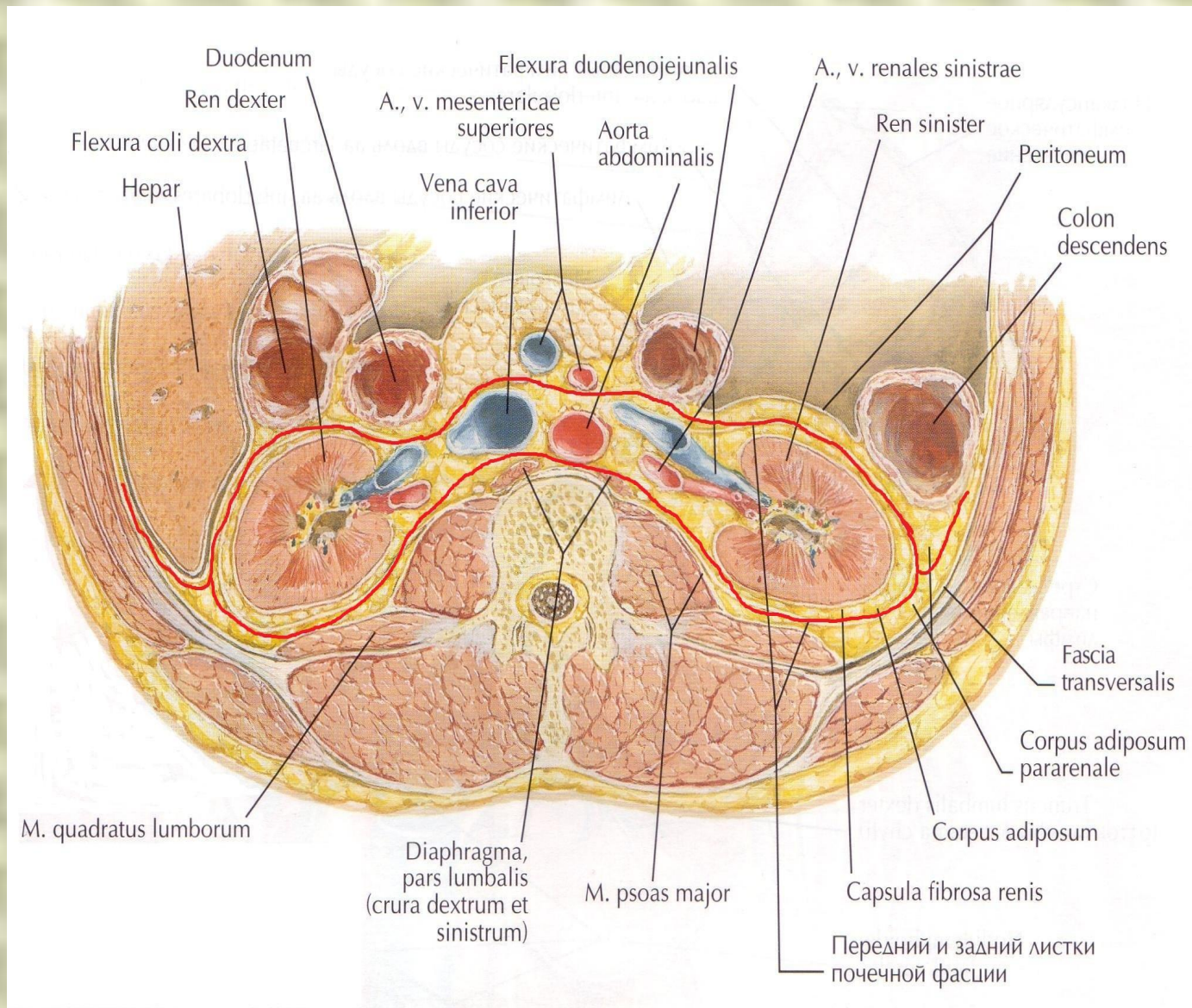
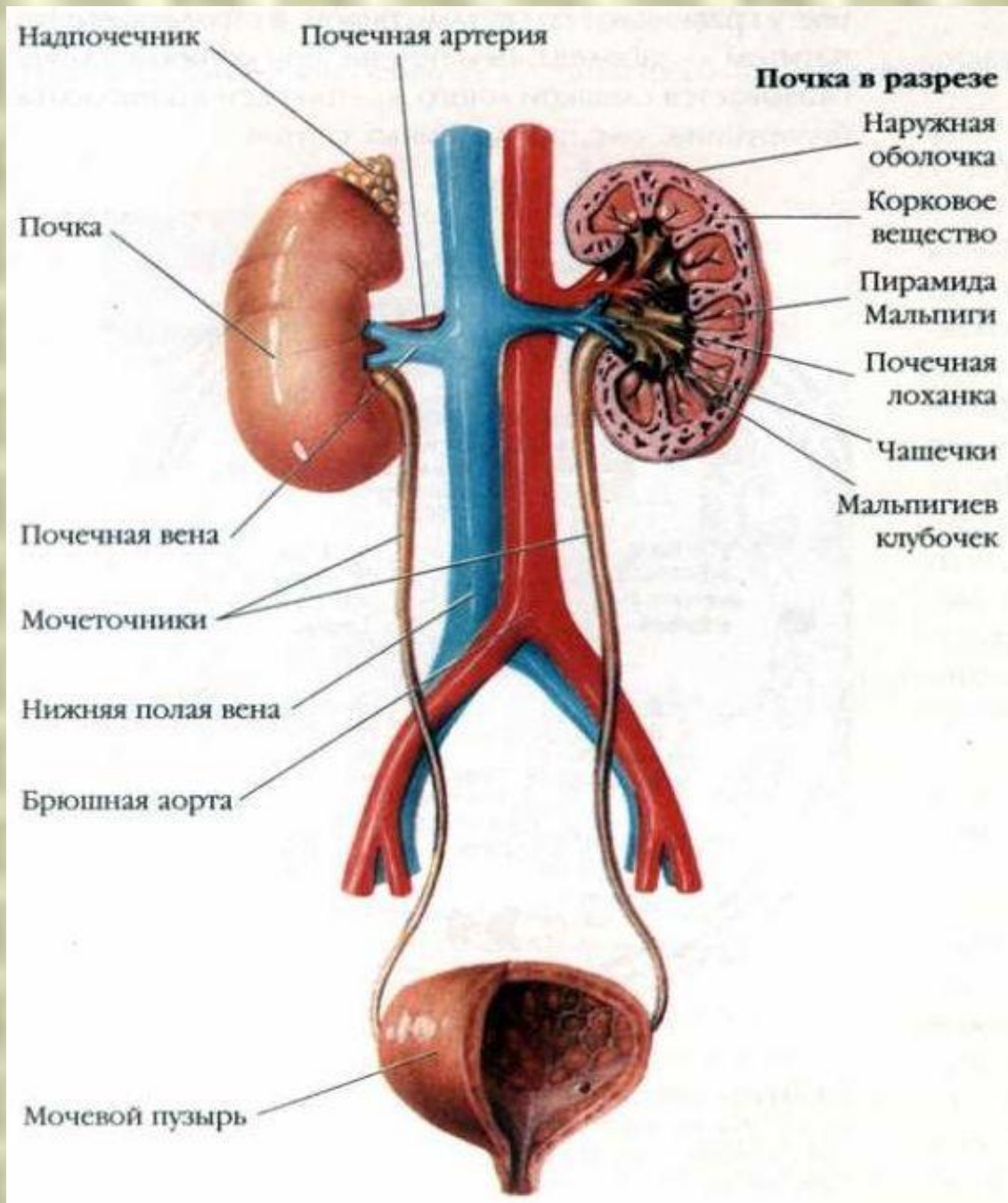


Права нирка - від 12-го грудного до верхнього краю 4-го поперекового хребця;
Ліва нирка - від 11-го грудного хребця до верхнього краю 3-го поперекового.

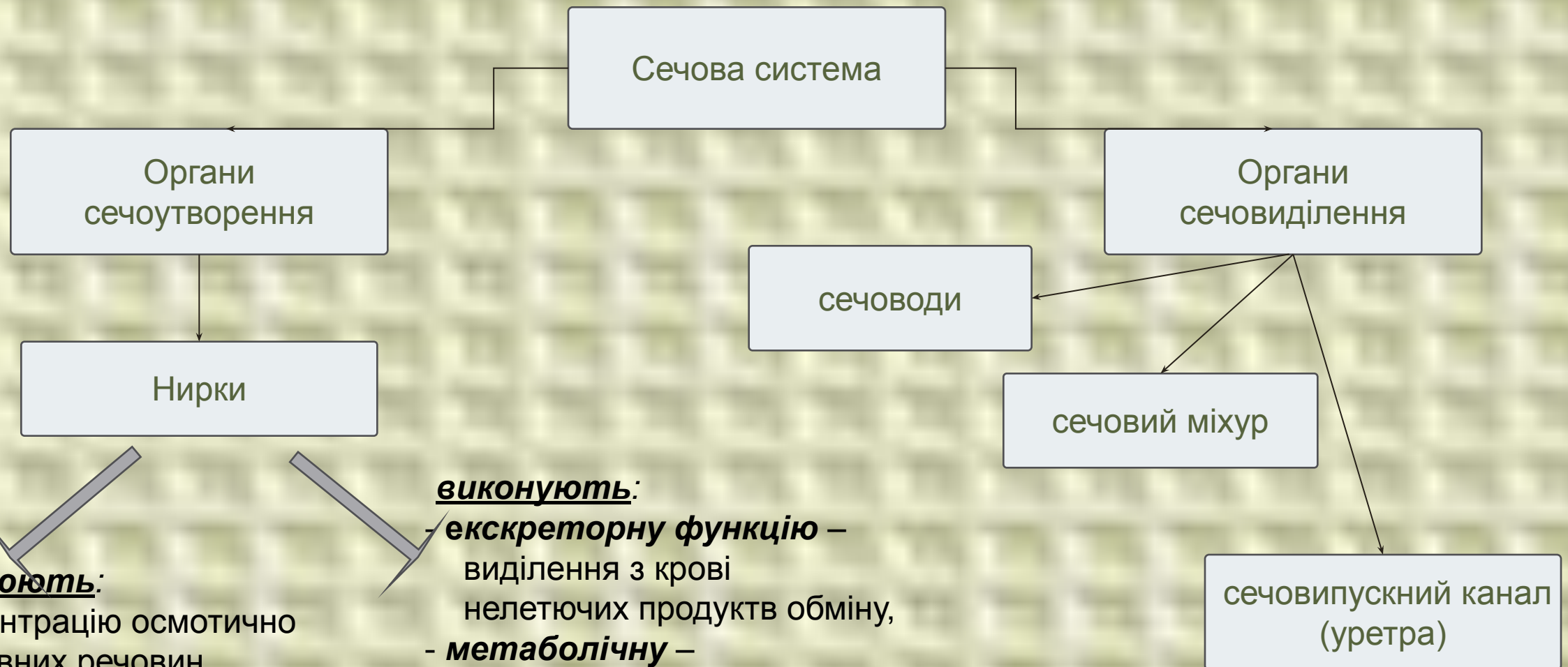
капсули нирки



1. фіброзна;
2. жирова;
3. ниркова фасція (фасція Герота)



Органи сечової системи



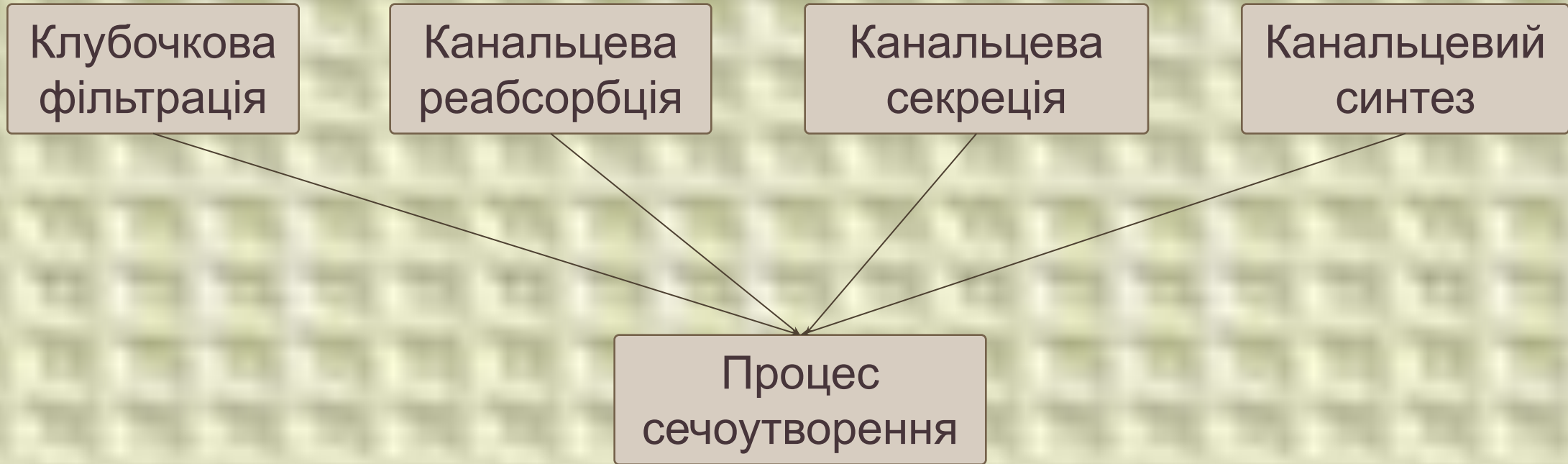
регулюють:

- концентрацію осмотично активних речовин,
- іонний склад крові,
- КЛР,
- об'єм рідини в організмі.

виконують:

- **екскреторну функцію** – виділення з крові нелетючих продуктів обміну,
- **метаболічну** – розщеплення та синтез Б,Ж,В,
- **секреторну** - утворення і виділення в кров реніна, еритропоетина, простогландинів.

Процес сечоутворення



Сеча утворюється з *плазми крові*, що протікає через нирки, і є продуктом діяльності нефронів.

Кількість первинної сечі становить 150 – 180 л/добу.

Кількість **вторинної сечі** - 2,0 – 2,5 л/добу

Гуморальна регуляція діяльності нирок

Здійснюється за рахунок наступних гормонів:

1) вазопресину - збільшує всмоктування води в каналцях нирок;

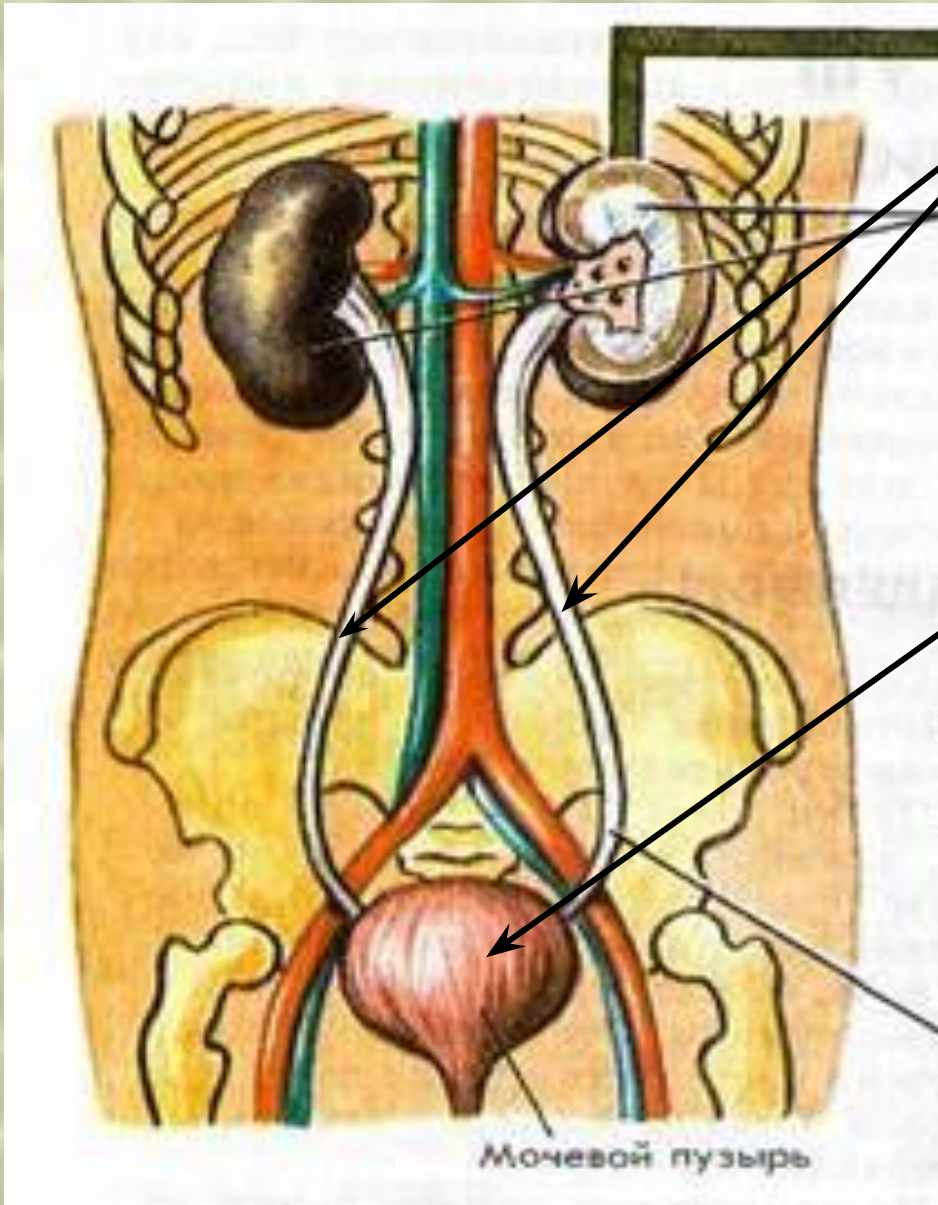
При надлишку –
зменшення діурезу

При нестачі –
збільшення діурезу

2) альдостерону - підсилює всмоктування Na^+ , збільшує осмотичний тиск крові, сприяє затримці рідини в організмі;

3) глюкокортикоїдів - підсилюють клубочкову фільтрацію, зменшують всмоктування води, збільшують діурез.

Органи сечовиділення



сечоводи

Парний орган, який має вигляд вузької трубки, що з'єднує ниркову балію з сечовим міхуром.

Протяжність - 25 - 30 см.

Діаметр - 6 -8 мм.

Розташовується позаочеревно.

сечовий міхур - порожнистий орган, розташований в

порожнині малого тазу.

Ємність - 700 -800 мл.

Покритий очеревиною з 3-х сторін (мезоперітонеальне розташування).

Частини міхура:

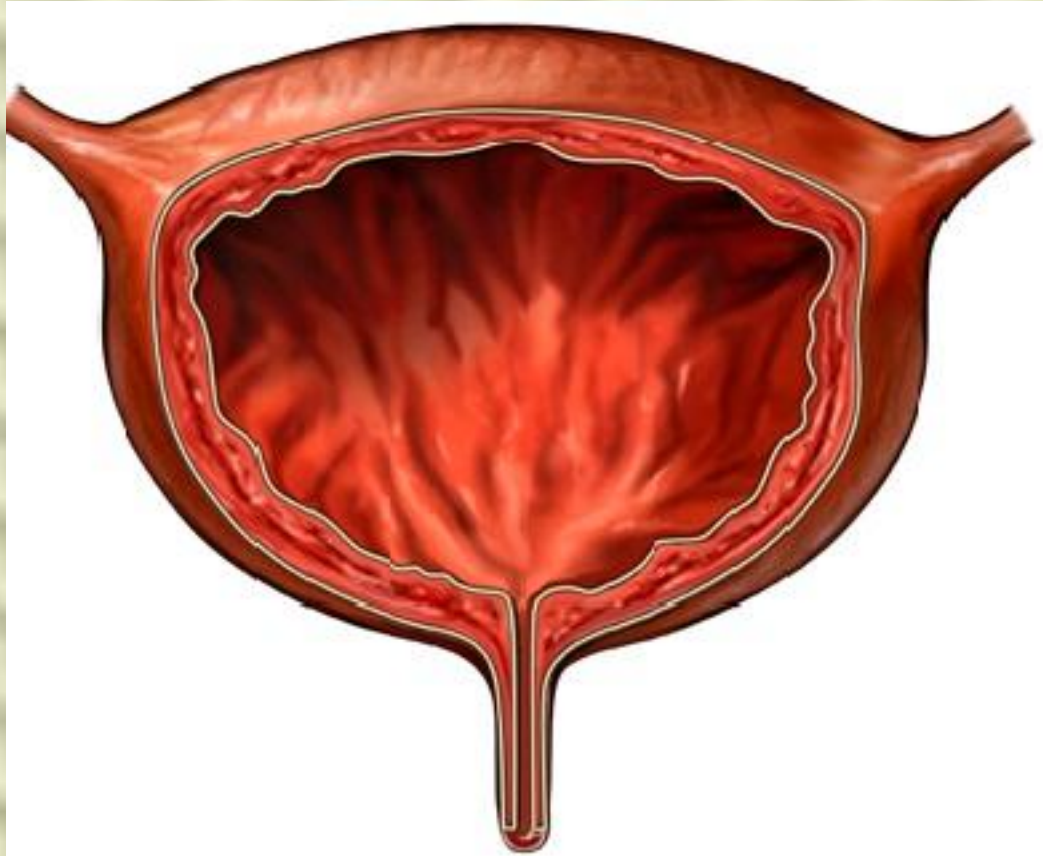
верхівка,

дно,

тіло,

шийка, що переходить в сечовипускальний канал.

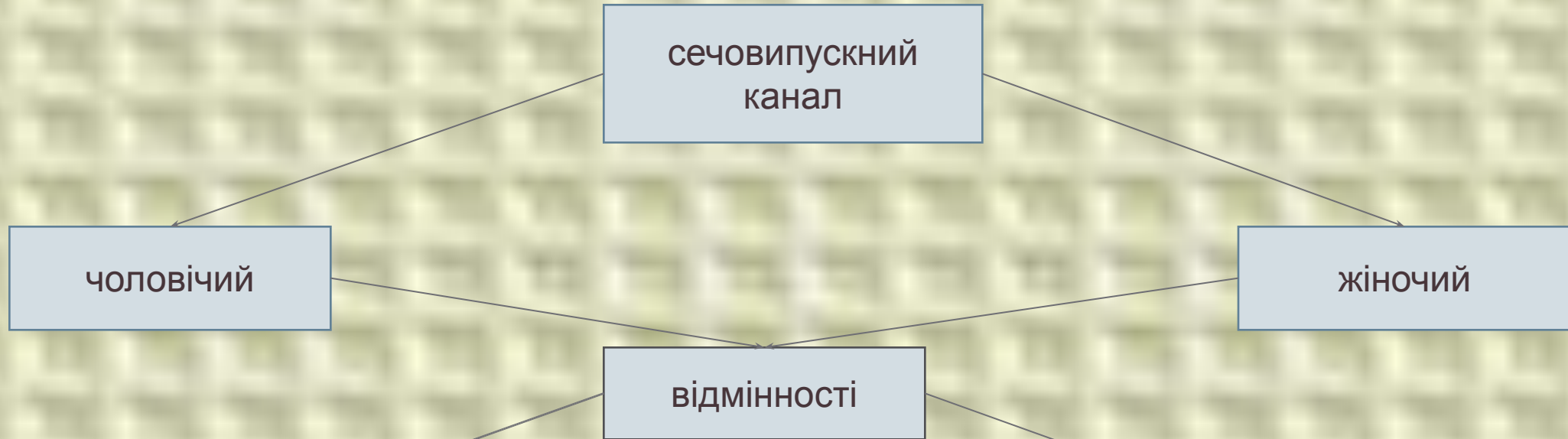
Органи сечовиділення



Стінка сечового міхура утворена:

- 1) слизовою з підслизової основою, що має глибокі поздовжні складки,
- 2) м'язової оболонкою (детрузором), що складається з 3-х шарів (двох поздовжніх і циркулярного); потовщення її утворює внутрішній сфінктер.,
- 3) адвентициальної оболонкою і, частково, очервиною.

Органи сечовиділення



- 1) Велика протяжність (18см)
- 2) Менший діаметр - 7 мм.
- 3) Має 3 частини:
 - передміхурову,
 - перетинчасту,
 - губчасту.
- 4) Має 2 кривизни і 3 звуження.

- 1) Протяжність коротше (3 см).
- 2) Діаметр більше (10мм).
- 3) Має лише перетинчасту частина.
- 4) Відкривається в передверья піхви

Об'єктивне обстеження

Клінічні патогномонічні симптоми:

- **Симптом Пастернацького** – посилення болю при коротких ударах в проекції нирки
- **Симптом Ллойда** – при перкусії нирки з'являється біль у стегні
- **Симптом «метелика»** - притуплення перкуторного звуку над симфізом
- **Симптом Лорін-Епштейна** – посилення болю при відтягуванні яєчка

Основні симптоми в урології

Гематурія - наявність крові в сечі.

Розрізняють:

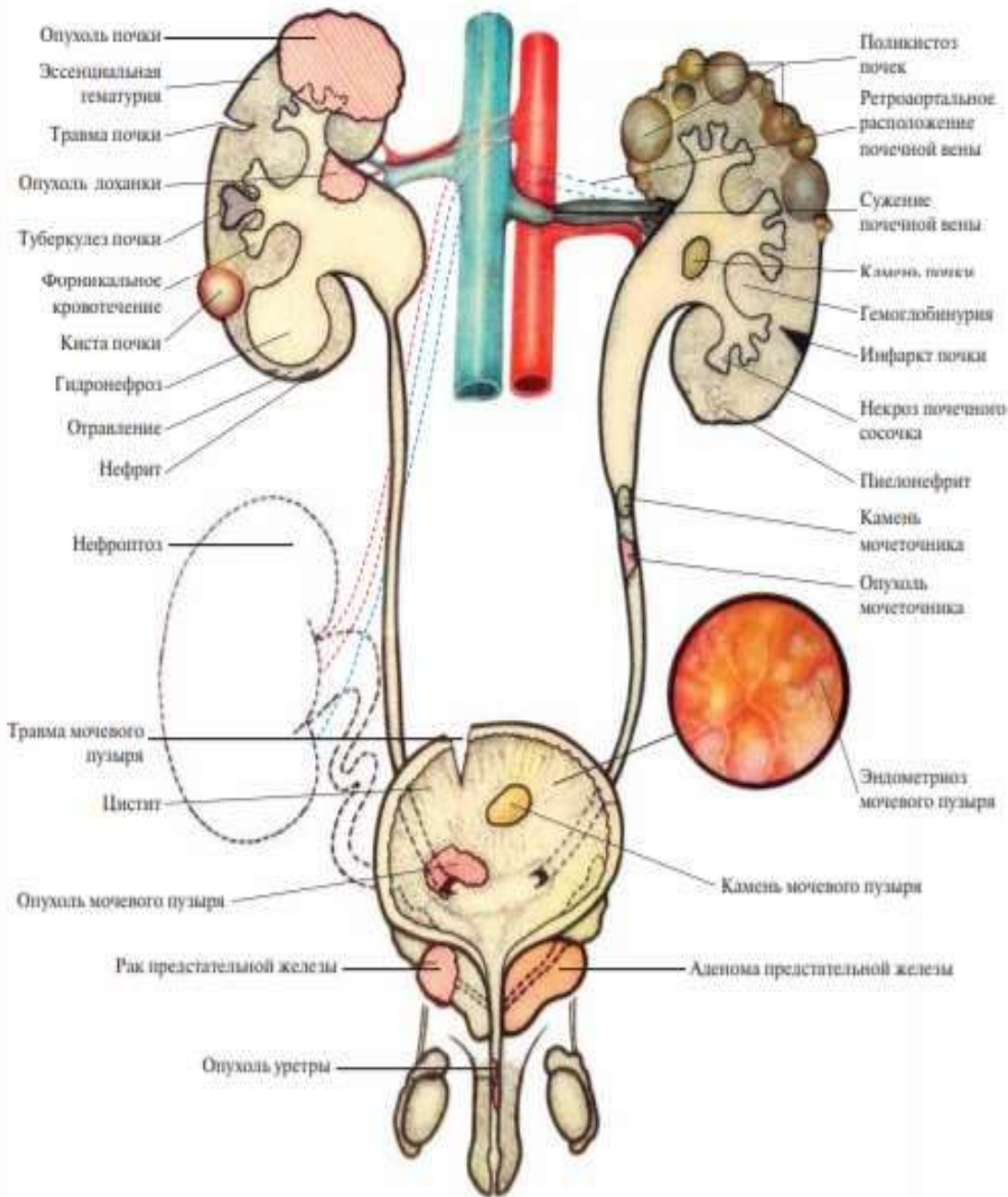
- макрогематурію - гематурію, яка визначається візуально, і
- мікрогематурію (еритроцитурія), для визначення якої потрібно мікроскопічне дослідження осаду сечі.

Для визначення приблизної локалізації патологічного процесу використовують тристаканну пробу



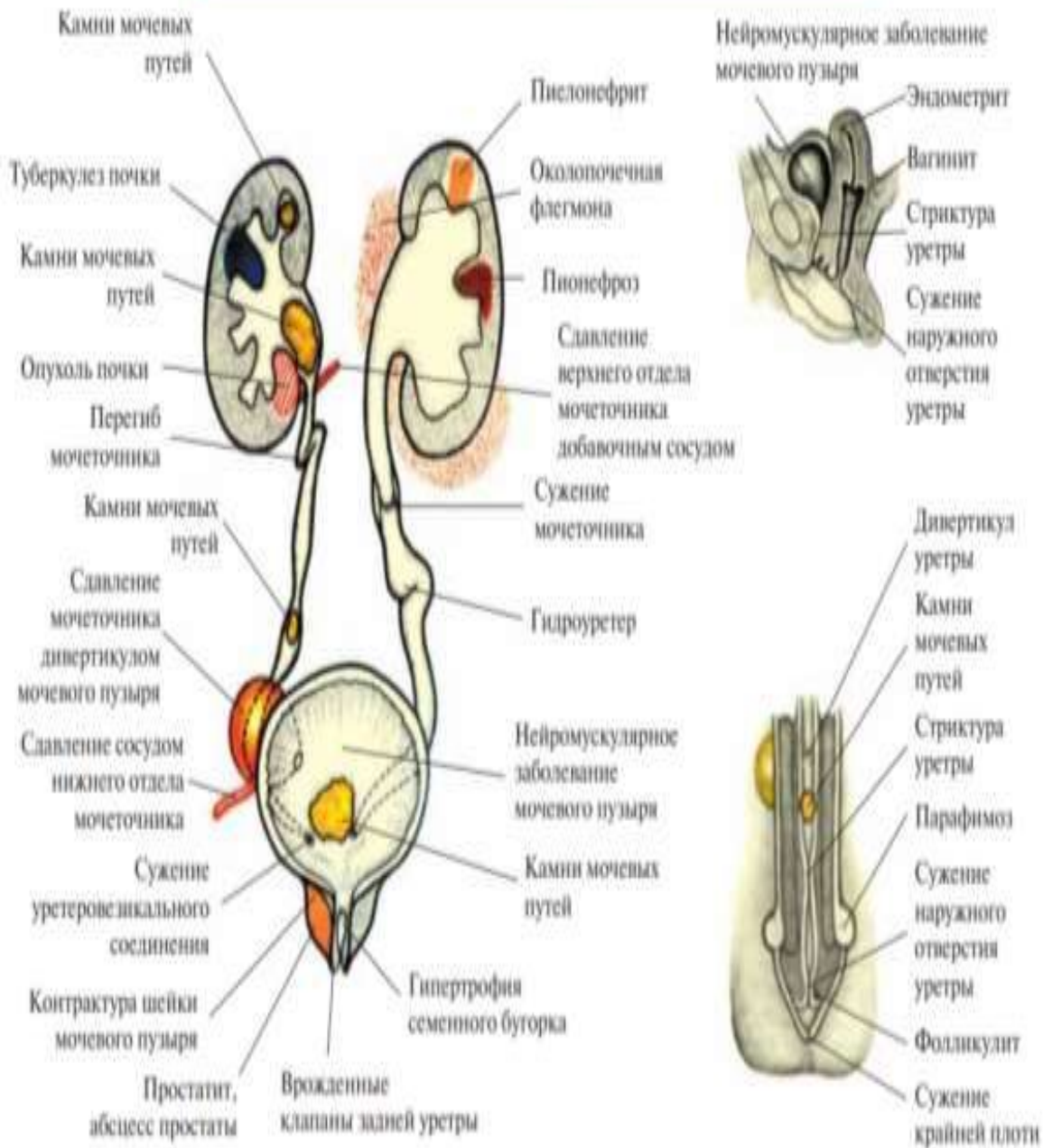
ЕСЛИ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ГЕМАТУРИИ УЗИ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ, ПОКАЗАНА ЦИСТОСКОПИЯ

ГЕМАТУРИЯ



- При ініціальній (початковій) гематурії кров виділяється з першою порцією сечі, в наступній порції сеча має нормальне забарвлення. Джерелом кровотечі є сечовипускний канал.
- При термінальній (кінцевій) гематурії кров міститься в другій порції сечі, що свідчить про патологічний процес в сечовому міхурі, переважно в області його шийки.
- При тотальній гематурії кров міститься у всіх порціях сечі, що буває при кровотечі з нирки, верхніх сечових шляхів або сечового міхура

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ПИУРИИ — ПРЯМЫЕ И КОСВЕННЫЕ



Піурія - наявність лейкоцитів у сечі, що свідчить про запальну реакцію.

У нормі при аналізі середньої порції сечі - у чоловіків може виявлятися менше 2 лейкоцитів в полі зору ($\times 400$),

- у жінок - менше 5 лейкоцитів в полі зору ($\times 400$).

визначення значущою піурії в більшості джерел - понад 10 лейкоцитів в полі зору ($\times 400$) при мікроскопії осаду аліквоти центрифугованої сечі.

- Стерильна піурія - наявність лейкоцитурії за відсутності бактеріурії (позитивного посіву)

ВЫЯВЛЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ОРГАНАХ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ С ПОМОЩЬЮ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЫ



Дизурія - розлад сечовипускання, що виражається його почастишанням, хворобливістю, утрудненням.

Характеризує порушення трьох основних функцій сечового міхура:

- 1) наповнення;
- 2) спорожнення;
- 3) утримання сечі.

Прояви дизурії:

- поллакіурія - прискорене сечовипускання;
- странгурія - хворобливе сечовипускання;
- ургентність - раптовість, владність позиву на сечовипускання;
- утруднене сечовипускання;
- ішурія - затримка сечі;
- нетримання сечі;
- ніктурія - прискорене нічне сечовипускання.

Ішурія - затримка сечовипускання.

Найбільш частими причинами ішурії є аденома і рак передміхурової залози, стриктура сечівника, камінь сечового міхура, розрив уретри, розрив сечового міхура, камінь сечовипускального каналу і ін.

Розрізняють: гостру і хронічну.

- Найважливішим симптомом гострої ішурії є неможливість сечовипускання при наявності позиву на сечовипускання. Хворий зазнає значних мук в зв'язку з переповненням сечового міхура і неможливістю його спорожнення. Переповнений сечовий міхур визначається над лоном: візуально - globus urinaricus (у худорлявих пацієнтів); шляхом перкусії та пальпації, а також за допомогою УЗД.

Анурія - відсутність сечі в сечовому міхурі (добовий діурез становить не більше 50 мл). Це небезпечний симптом ряду захворювань, найчастіше є ознакою ниркової недостатності.

Причини виникнення анурії:

- ✓ Аренальна анурія - вроджена відсутність нирок, випадкове або навмисне видалення єдиної нирки, а також двох нирок;
- ✓ преренальна анурія - шок, колапс, оклюзія артерії або вени єдиної нирки, гемоліз, рабдоміоліз;
- ✓ ренальна анурія - хронічний гломерулонефрит, хронічний пієлонефрит, переливання несумісної крові, отруєння нефротоксичними отрутами;
- ✓ постренальна анурія - камені нирок, камені сечоводів, здавлення сечоводів пухлиною або рубцевою тканиною, перев'язка і перетин сечоводів при гінекологічних операціях

Ниркова колька - інтенсивна біль, зазвичай локалізована в попереку з одного боку, з типовою іррадіацією в передньобокову ділянку живота, пахову зону, статеві органи, пов'язана з перерозтягненням фіброзної капсули нирки, а також стінок чашечно-мискової системи внаслідок ретенції сечі вище рівня обструкції сечоводу каменем, згортком (крові, гною, слизу).

- **Факторами**, що провокують ниркову кольку, є тривала тряска їзда і інтенсивне водне навантаження.

- **Типовий клінічний перебіг** ниркової коліки відзначається в 75% спостережень

- **Атипова картина** даного стану зустрічається рідше (25% випадків). Вона характеризується інтенсивним розлитим болем в животі, що супроводжується його здуттям і перитонеальними симптомами, а також занепокоєнням пацієнта

Причинами ниркової коліки можуть бути: сечокам'яна хвороба (у 57,5% хворих), порушення мінерального обміну (у 14,5%), пієлонефрит (у 12%), нефроптоз (у 10%), гідронефроз (у 2%), аномалії розвитку (у 3,5%), пухлини нирок і балії (у 1,5%), постпроменеві стриктури сечоводів (у 1% захворювання передміхурової залози (у 2%), периуретерит (у 0,5%), туберкульоз сечостатевої системи, проростання пухлиною сечового міхура гирла сечоводу, лейкози. Причину ниркової коліки часто встановити не вдається (до 38% випадків).



Камень
это причина
острой боли



Боль в этих областях
может быть симптомом
мочекаменной болезни



Набряки

Механізм утворення ниркових набряків:

- затримка солі і води нирками,
- зниження концентрації білків в плазмі крові
- підвищення проникності судинної стінки.

Відмінність набряків ниркового походження від набряків серцевого

№	Набряки ниркового походження	Набряки серцевого походження
1	Виникають швидко, іноді протягом декількох годин	Виникають поступово
2	Можуть швидко зникнути	Тримаються довго
3	Поширюються рівномірно, починаючи з обличчя	Розташовуються на віддалених від серця ділянках (ноги)
4	мають рухливість	не рухливі
5	Більше виражені вранці	Більше виражені у вечірній час
6	шкіра над набряком бліда, тепла	шкіра над набряком пігментована, холодна

Інструментальні методи обстеження

- 1. Хромоцистоскопія.* У сечовий міхур вводять цистоскоп, а потім внутрішньовенно – індигокармін (4 мл 0,4 % розчину). При нормальній функції нирок забарвлена в синій колір сеча виділяється через 3-5хв. після введення індигокарміну.
- 2. Екскреторна урографія.*
- 3. Ретроградна пієлографія.*
- 4. Цистографія*
- 5. Ретроградна уретрографія.*
- 6. Цистоскопія.*
- 7. Пункційна біопсія.*
- 8. УЗД.*
- 9. Радіоізотопне дослідження нирок (сцинтиграфія)*

Екскреторна урографія

норма

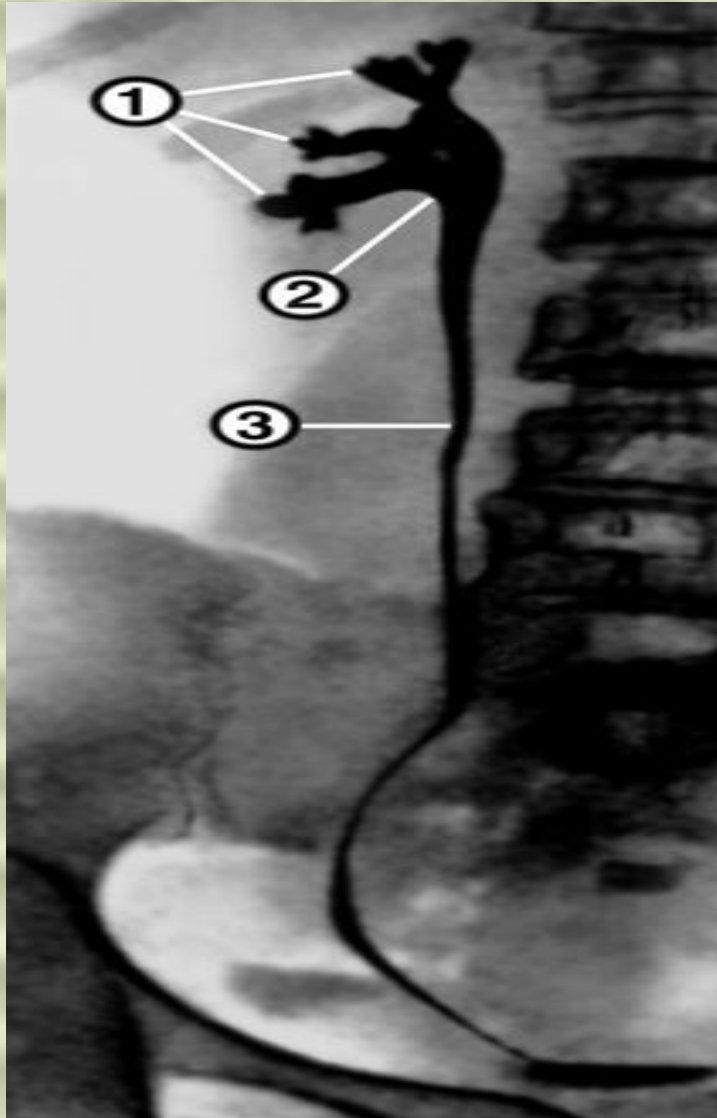


гідронефроз



Ретроградна пієлографія

норма

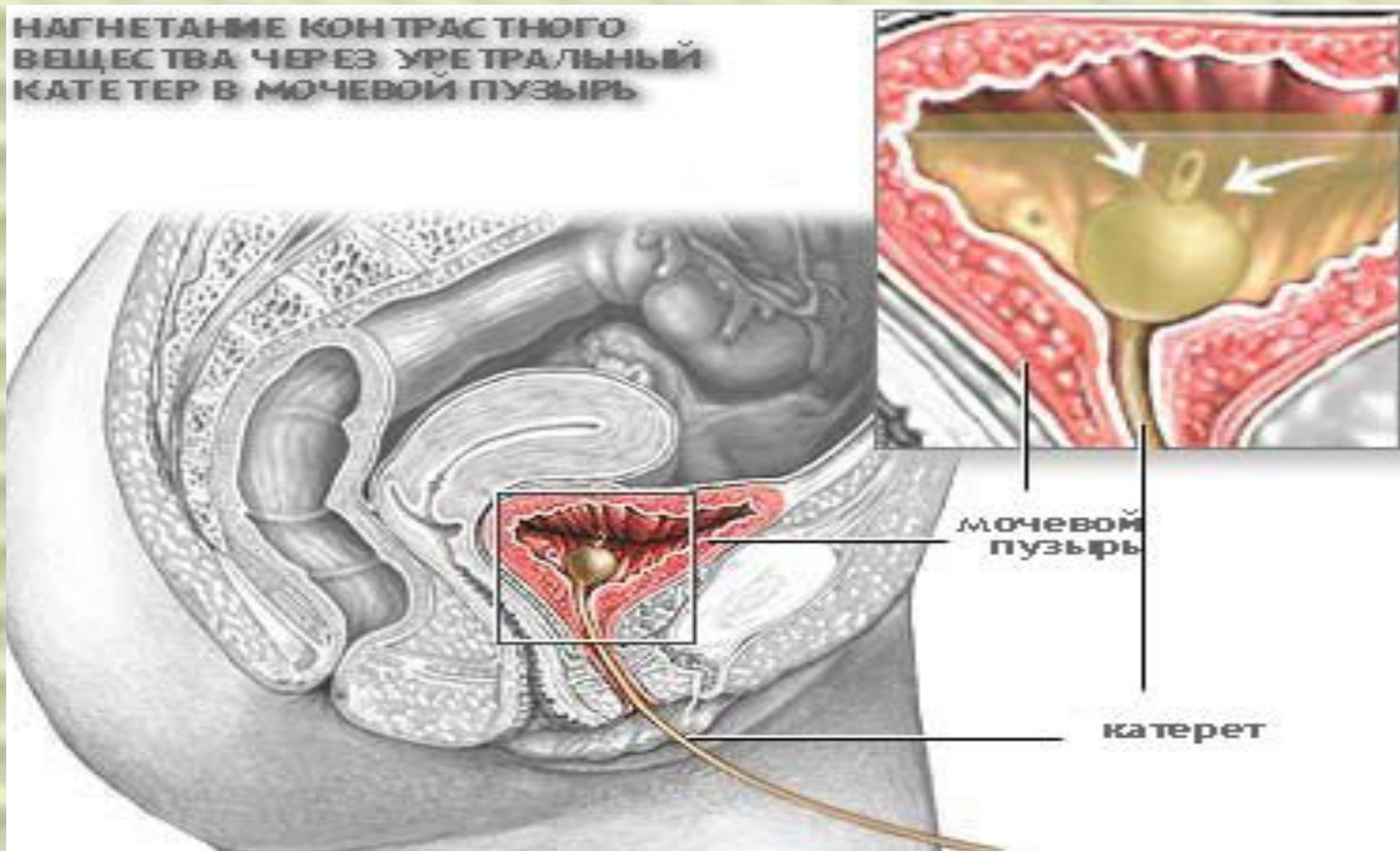


камінь у лоханці



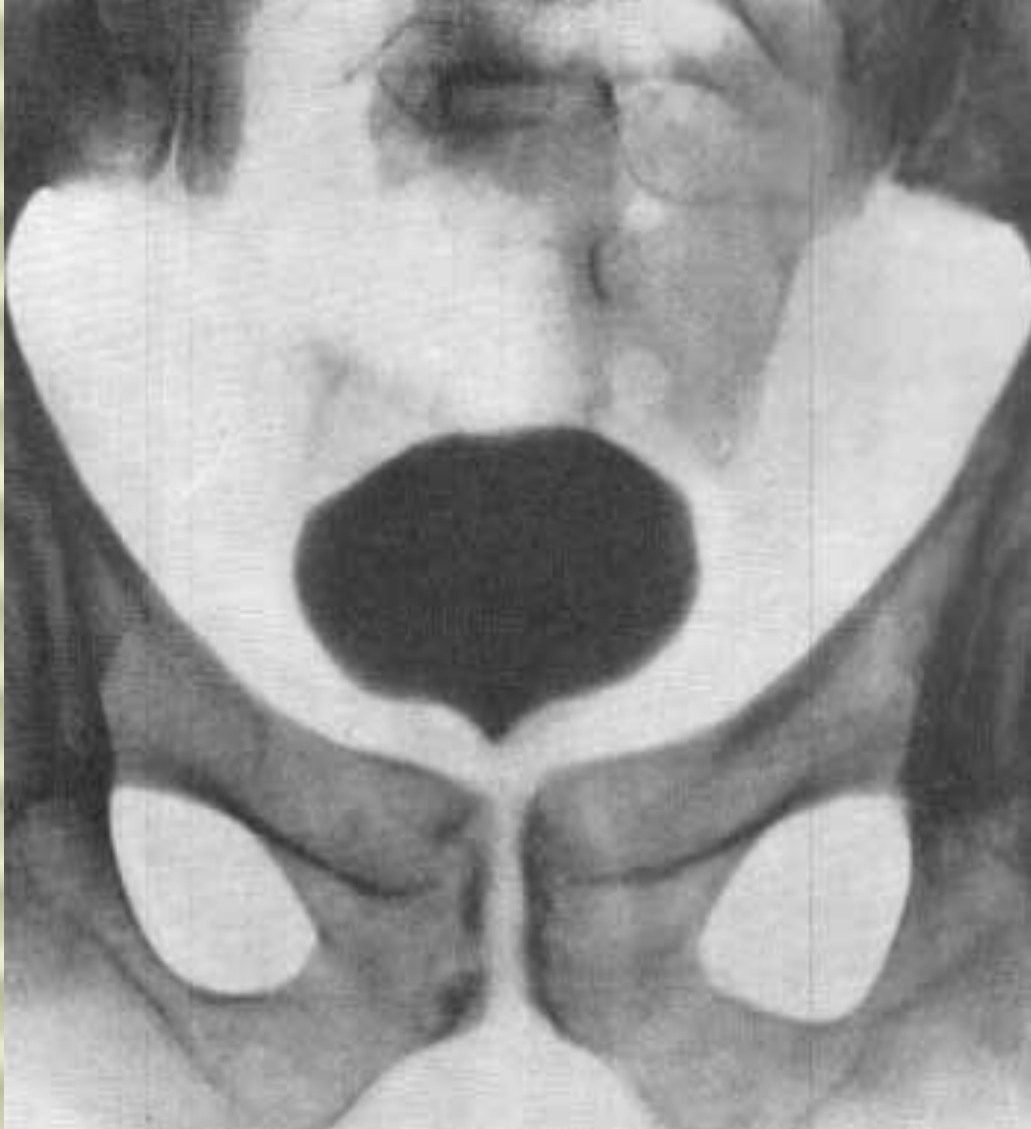
Ретроградна уретрографія

НАГНЕТАНИЕ КОНТРАСТНОГО
ВЕЩЕСТВА ЧЕРЕЗ УРЕТРАЛЬНЫЙ
КАТЕТЕР В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ



Цистографія

норма



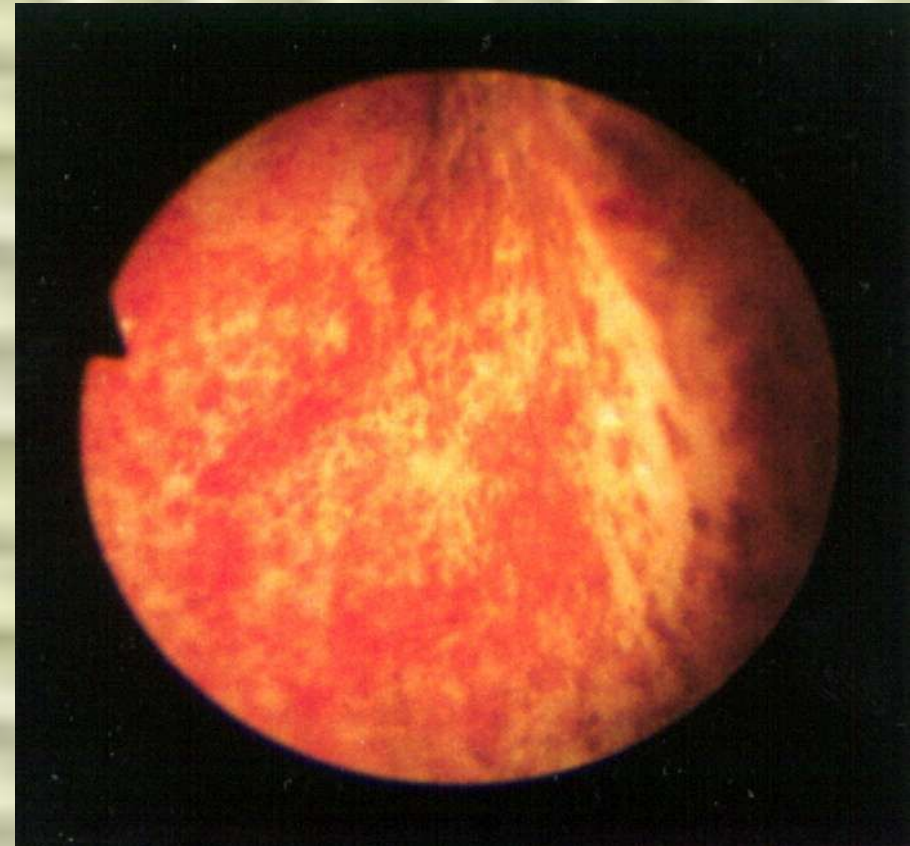
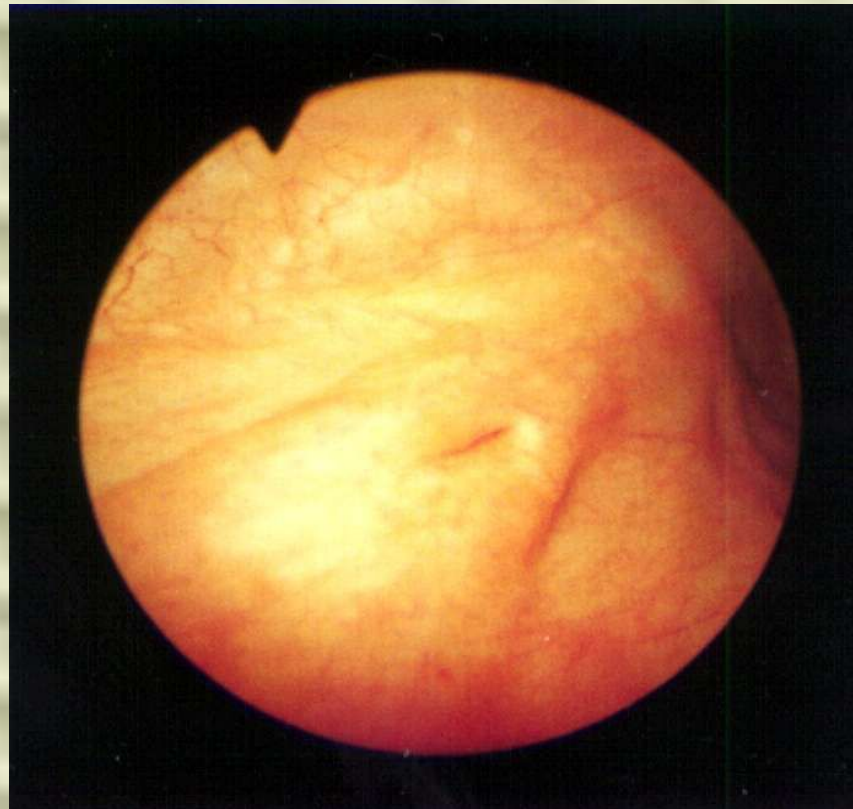
аденома простати



Цистоскопія

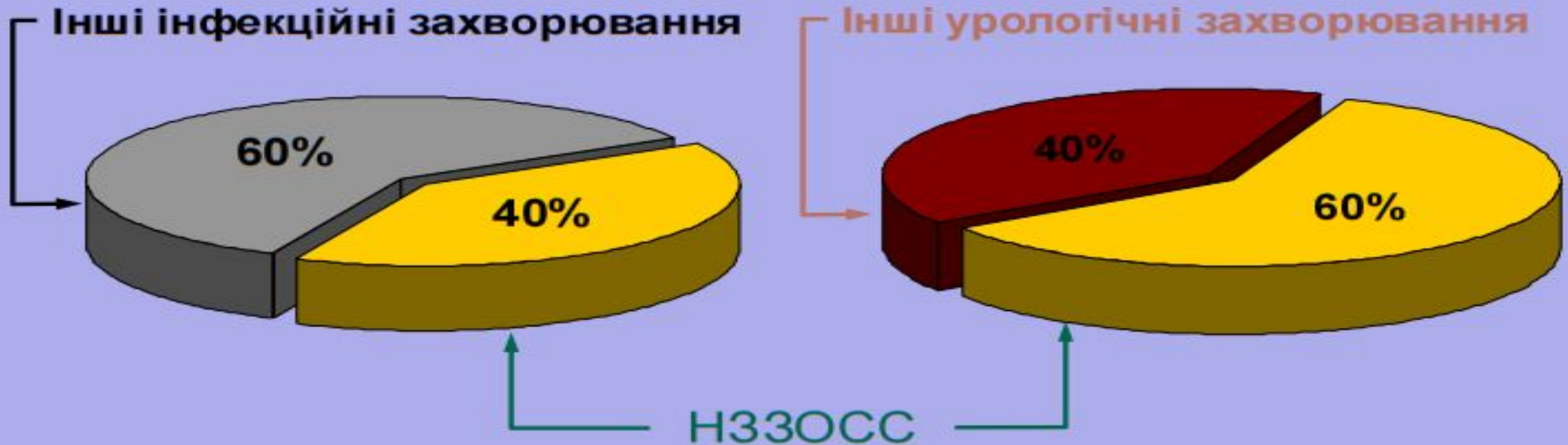
нормальна слизова

гострий цистит



**Неспецифічні
запальні захворювання органів
сечостатевої системи**

Епідеміологічна характеристика неспецифічних запальних захворювань органів сечостатевої системи



- “Інфекції сечових шляхів” – провідна роль в проблемі “госпітальна інфекція”
- II місце після гострих респіраторних інфекцій
- Летальність – I місце в структурі смертності урологічних стаціонарів

ПІЄЛОНЕФРИТ

Пієлонефрит - неспецифічний інфекційно-запальний процес, в який втягуються ЧЛС і паренхіма нирки, перш за все її інтерстиціальна тканина.

Пієлонефрит є найчастішим захворюванням нирок. згідно патологоанатомічної статистикою, пієлонефрит виявляється в 6 - 20% аутопсії. Жінки молодого і середнього віку страждають на пієлонефрит в 5 разів частіше, ніж чоловіки.

ПІЄЛОНЕФРИТ

Первинний (16-20%)
(необструктивний)

Вторинний (80-84%)
(обструктивний)

Гострий

Хронічний

Рецидивуючий

Серозний

Гнійний

апостематозний

карбункул

абсцес

поодинокий

множинні

ПІЄЛОНЕФРИТ (ПН)

Первинний ПН – сучасними методами дослідження не вдається виявити фактори (чинники) і умови, що сприяють фіксації мікроорганізмів та розвитку запалення в тубулоінтерстиціальній тканині нирок.

Вторинний ПН – розвивається на тлі порушень

- уродинаміки (обструктивний),
- аномалій розвитку, дизембріогенезу ниркової тканини,
- метаболічних порушень,
- нейрогенної дисфункції сечового міхура.

Порушення уродинаміки:

- органічні – вроджені аномалії, набуті порушення уродинаміки (сечокам'яна хвороба, стриктури сечоводу)
- функціональні – нейрогенна дисфункція сечового міхура

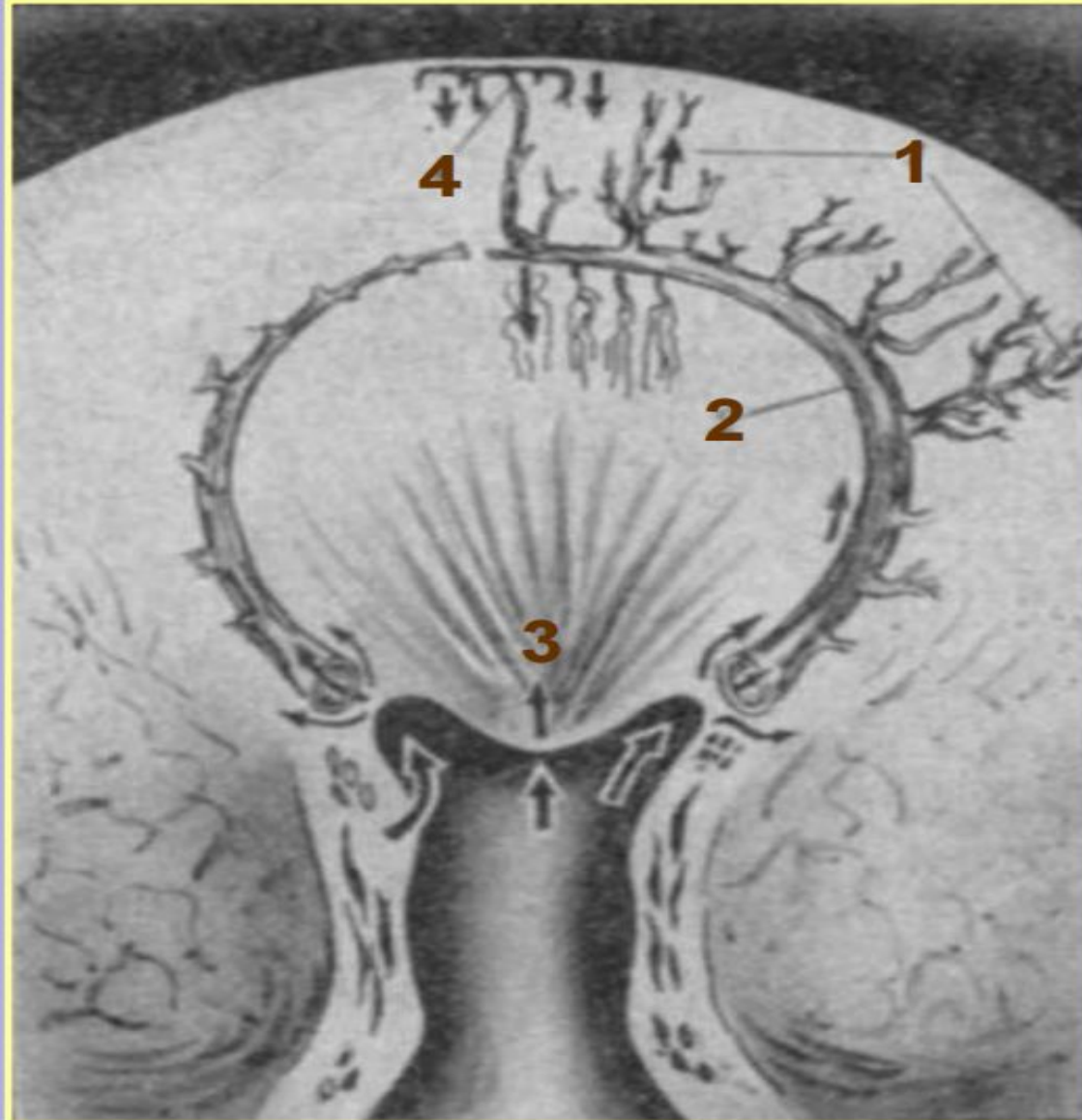
Шляхи проникнення мікробних тіл в нирку

Гематогенний

Уриногенний

Лімфогенний

Висхідний



Рефлюкси

1,2,3 – мисково-
венозний
3 - тубулярний

Загальні симптоми гострого пієлонефриту

- підвищення температури тіла (частіше інтермітуючого характеру)
- озноб
- тахікардія
- головний біль
- біль у м'язах і суглобах
- нудота, блювання
- загальна слабкість (недуга)

Місцеві симптоми гострого пієлонефриту

- біль у поперековій ділянці з поширенням по ходу сечоводу
- пальпаторна болючість у проекції нирки
- напруження м'язів
- пальпується збільшена, болюча нирка
- Позитивний с-м Пастернацького

Лабораторні методи дослідження

Загальний аналіз сечі

- Лейкоцитурія
- Бактеріурія
- Протеїнурія
- Еритроцитурія

Загальний аналіз крові

- Лейкоцитоз
- Зсув лейкограми вліво
- Зростання ШОЕ
- Токсична зернистість нейтрофілів

Посів сечі

- Характер мікроорганізмів
- Мікробне число
- Чутливість до антибіотиків

Спеціальні методи дослідження

- ехосканування
- оглядова та екскреторна урографія
- цистоскопія з катетеризацією сечоводу
- сцинтиграфія
- комп'ютерна томографія
- магніто-резонансна томографія

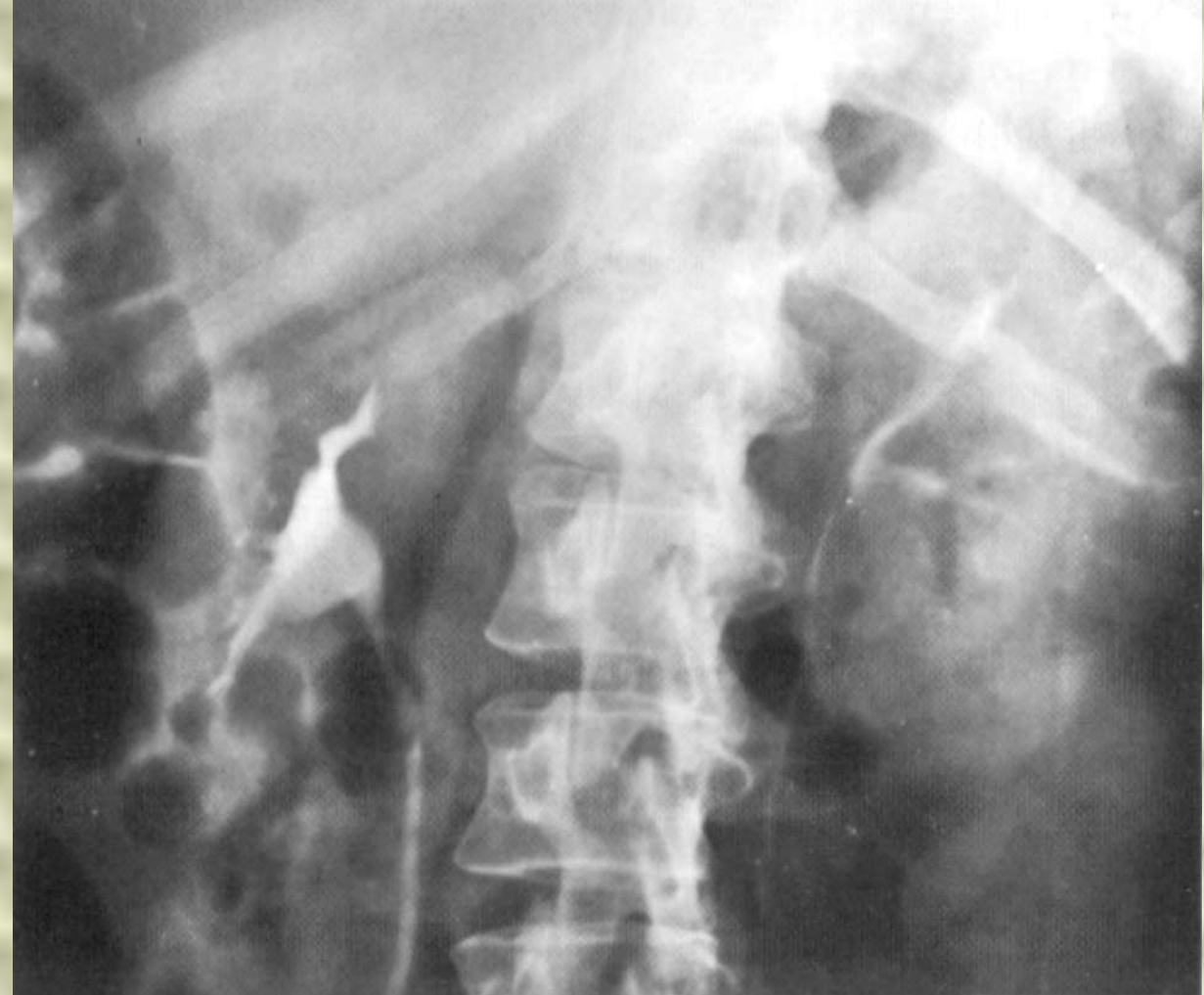
ПІЄЛОНЕФРИТ

УЗО та оглядова урографія

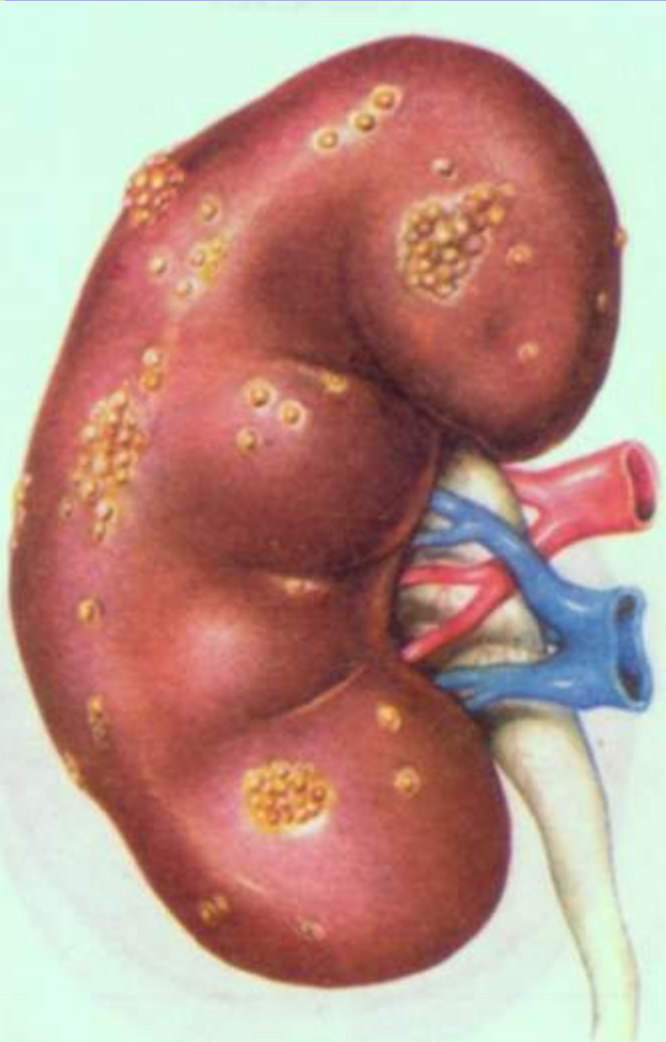
симптом пірамідок



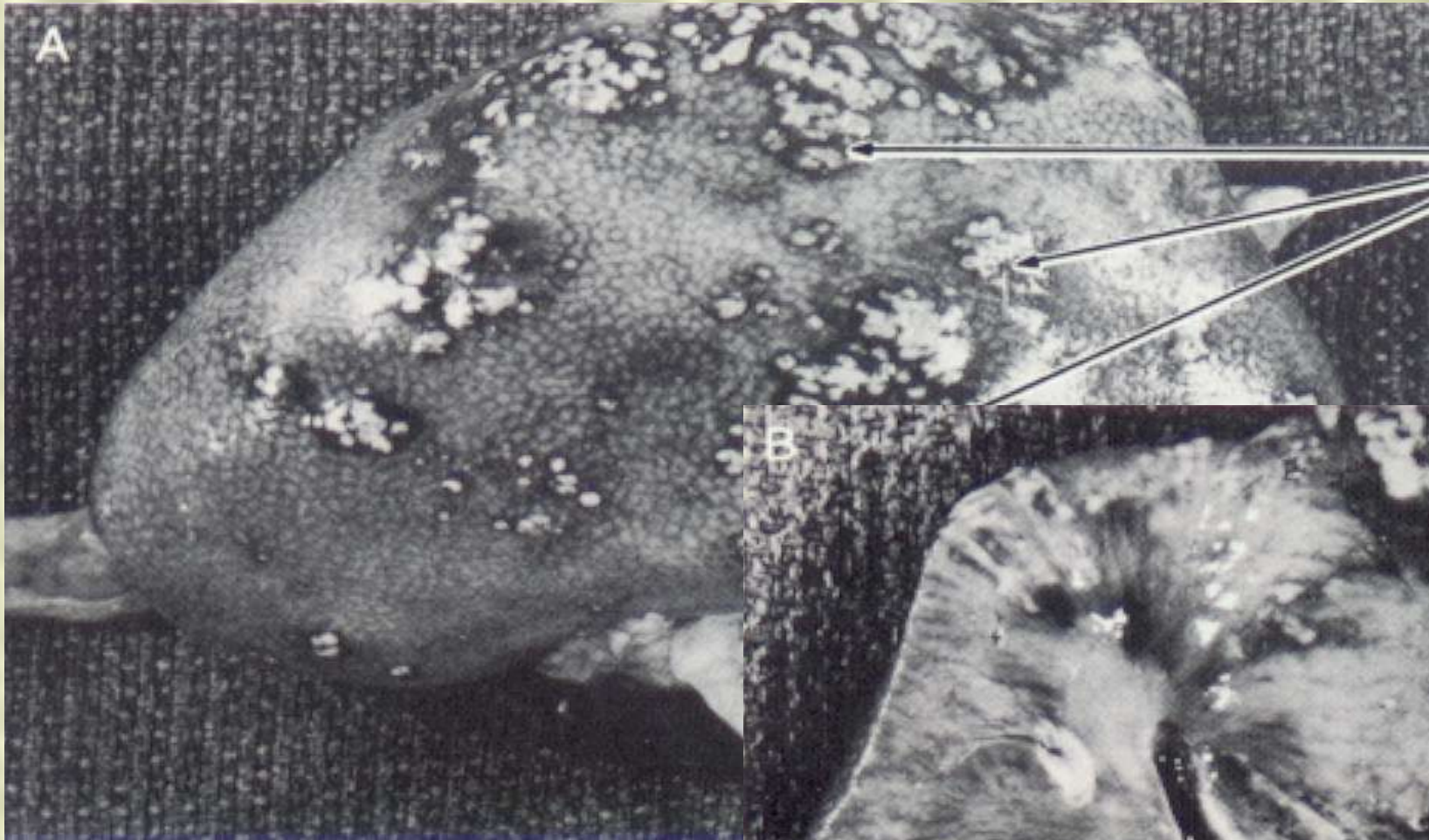
деформація контура правої нирки



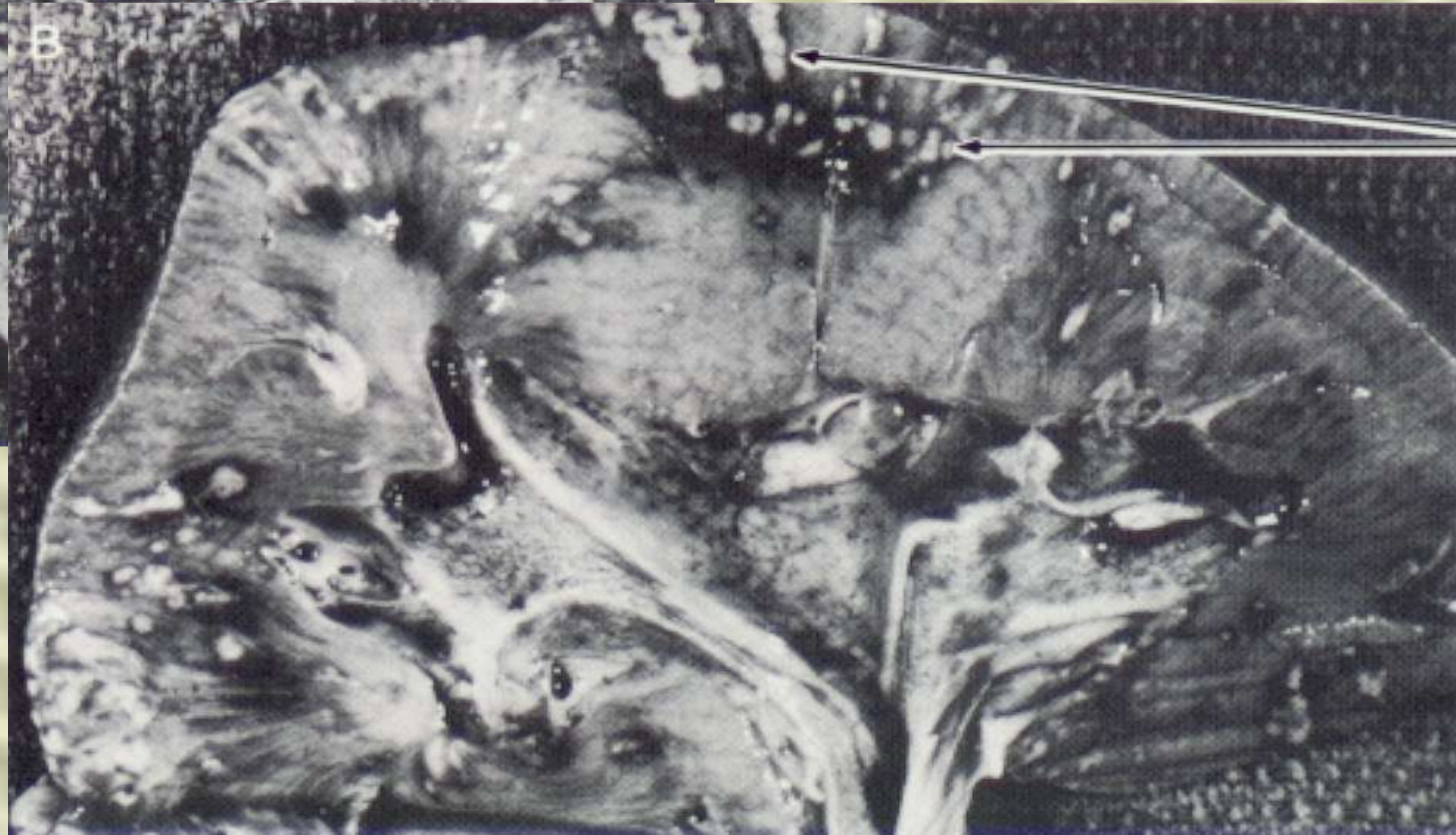
Гострий гнійний пієлонефрит



- апостематозний
- карбункул нирки
- абсцес нирки
- емфізематозний
- некроз ниркових сосочків



Карбункули нирки



Діагностика карбункула нирки

Ехографічно:

- локальне потовщення паренхіми
- осередок зміненої ехогенності
- зниження дихальної екскурсії діафрагми
- зміни у прилеглому до карбункула паранефрії
- випіт у реберно-діафрагмальній пазусі

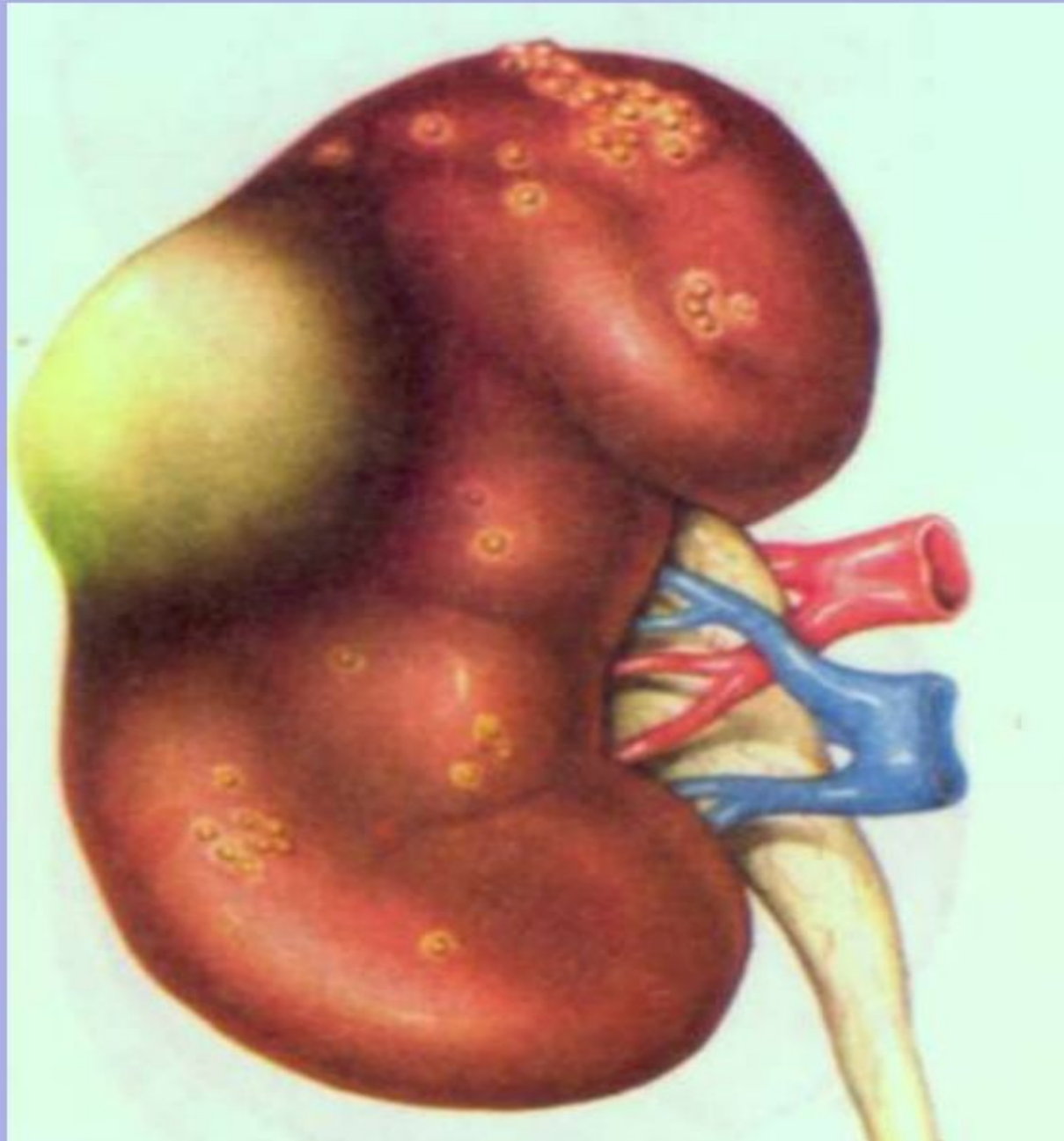
Рентгенологічно:

Оглядова урограма

- збільшення нирки з деформацією контура
- зникнення контура поперекового м'яза
- тіні сечових каменів

Екскреторна урографія:

- деформація порожнини нирки
- зміщення і стирання контурів чашок
- пригнічення накопичення контрасту



**Зовнішній
вигляд нирки
при
абсцедуванні**

Ознаки абсцесу нирки за даними спеціальних методів дослідження

Ехографія: • об'ємне неоднорідне утворення в нирці
- гіпоехогенне
- гіперехогенне (симулює пухлину)

Оглядова урографія: • зникнення контуру поперекового м'язу
• деформація контуру нирки

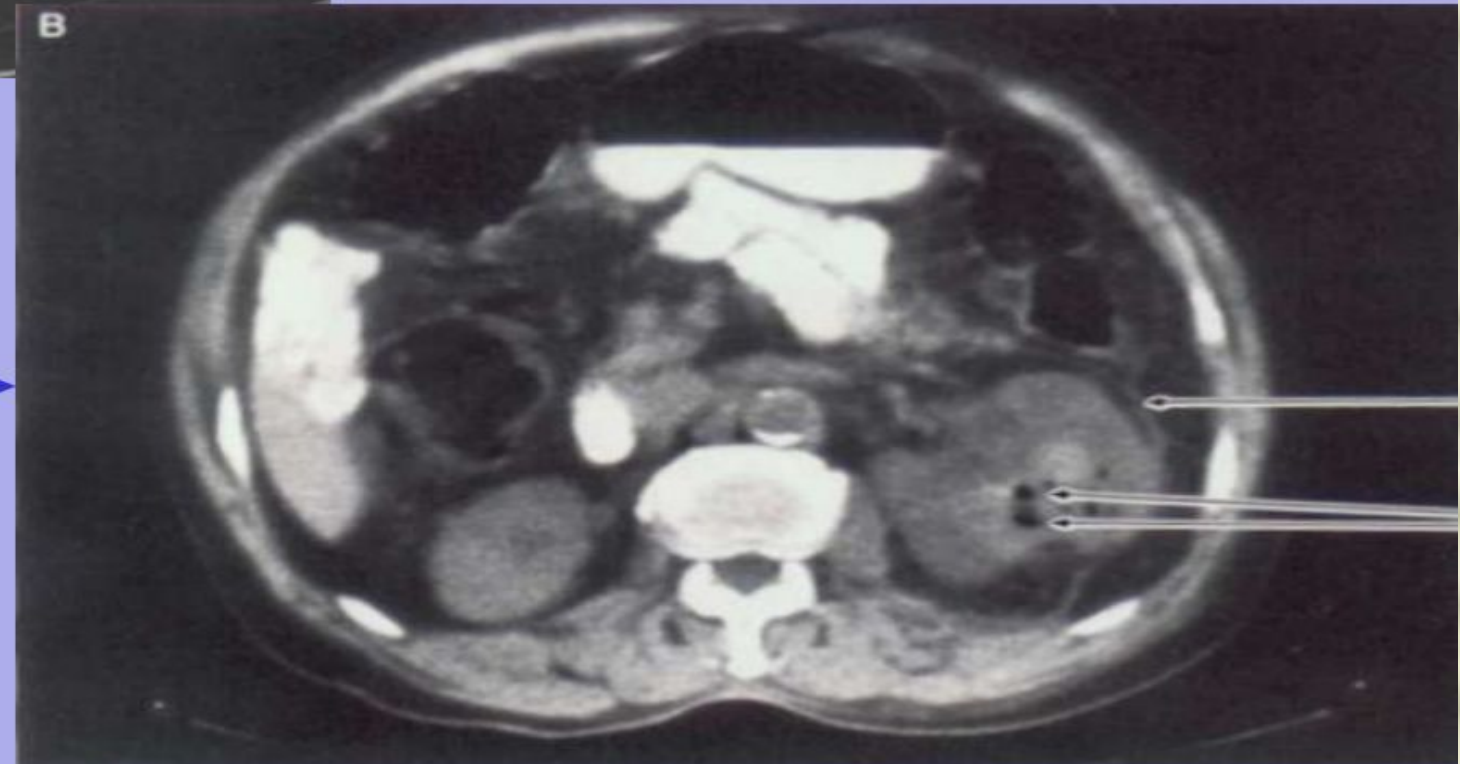
Екскреторна урографія: • деформація, ампутація чашечок
• пригнічення накопичення контрасту

Сцинтиграфія: • дефект наповнення

Комп'ютерна томографія (МРТ) з контрастуванням: • зона зниженого накопичення контрасту



Абсцес нирки



MPT

MPT з контрастуванням

Лікування гострого пієлонефриту

- Режим
- Дієта 7а
- Гідратація до 3 л на добу (соки, чай, мін. води)
- Дезінтоксикація (в/в інфузії 1,5-2 л на добу)
- Антибактеріальна терапія: спочатку емпірична, після отримання даних посіву сечі – етіотропна

При обструктивному пієлонефриті

- Дренування сечових шляхів (трансуретральне або черезшкірне)
- Руйнування каменю шляхом невідкладної літотрипсії або відкритої операції

Антибіотики широкого спектру дії

Аміноглікозиди

гентаміцин
тобраміцин
амікацин

Цефалоспорины III та IV покоління

цефотаксим
цефтриаксон
цефтазидим
цефоперазон
цефепим

Захищені амінопеніциліни

амоксиклав
ампіцилін + сульбактам

Фторхінолони

норфлорксацин
офлорксацин
ципрофлорксацин
ломефлорксацин

Карбапенеми

іміпенем
меропенем

Оперативне лікування гнійних форм гострого пієлонефриту

- нефростомія (при обструктивному пієлонефриті)
- декапсуляція нирки
- розсічення або висічення гнійних осередків
- забір шматочка паренхіми із зони запалення (для бак.посіву та патогістологічного дослідження)
- нефректомія (у виключних випадках - у хворих віком після 60 років, збереженій другій нирці, тяжкому септичному стані)

Піонефроз

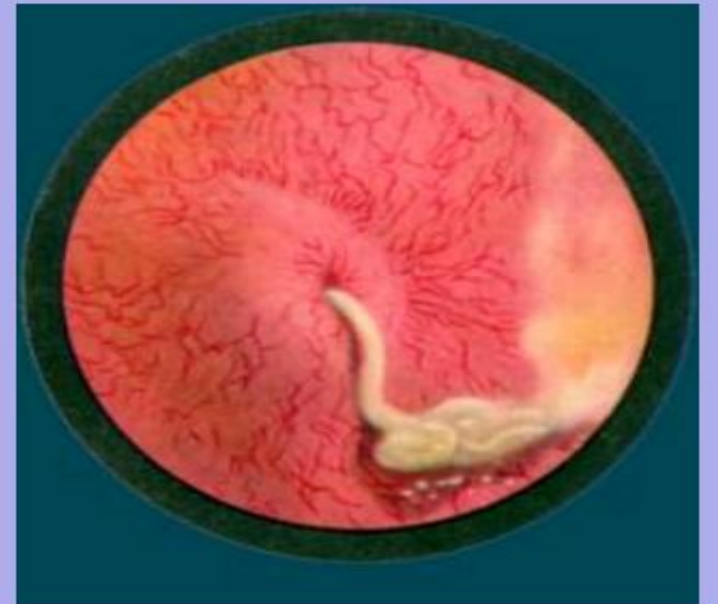
- ← Порушення відтоку сечі з нирки
- ← Наявність патогенної мікрофлори

До розвитку піонефрозу приводять:

- сечокам'яна хвороба
- звуження сечоводу
- аномалії сечостатевої системи
- туберкульоз
- хронічний пієлонефрит

Відкритий

Закритий



Клінічна картина піонефрозу

- тупий біль в боці ураження
- схуднення
- збільшення нирки
- болючість під час пальпації
- піурія
- періодична субфебрильна температура
- ознаки гнійної інтоксикації
- періодичні загострення



Діагностика піонефрозу

- УЗО:**
- ехонегативні утворення з ехоструктурними включеннями (гній, детрит)
 - конкременти

Рентгенологічне дослідження:

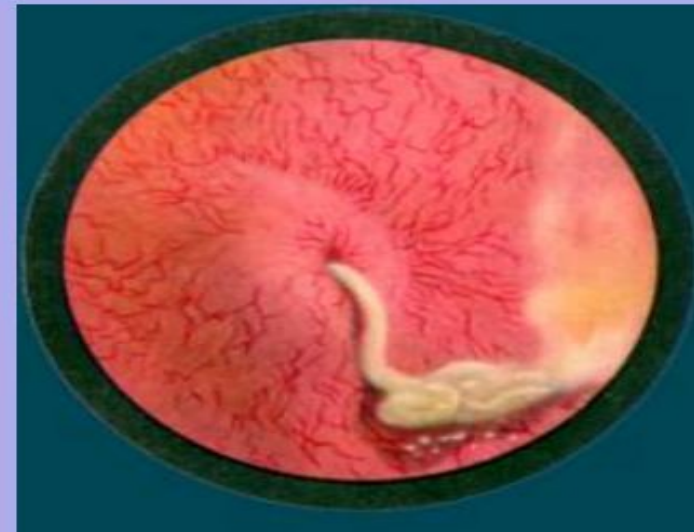
- тінь збільшеної нирки
- стертість контура поперекового м'язу
- тіні конкрементів
- відсутність функції нирки

Сцинтиграфія: • відсутність функції нирки

Цистоскопія: • виділення гною з вічка сечоводу

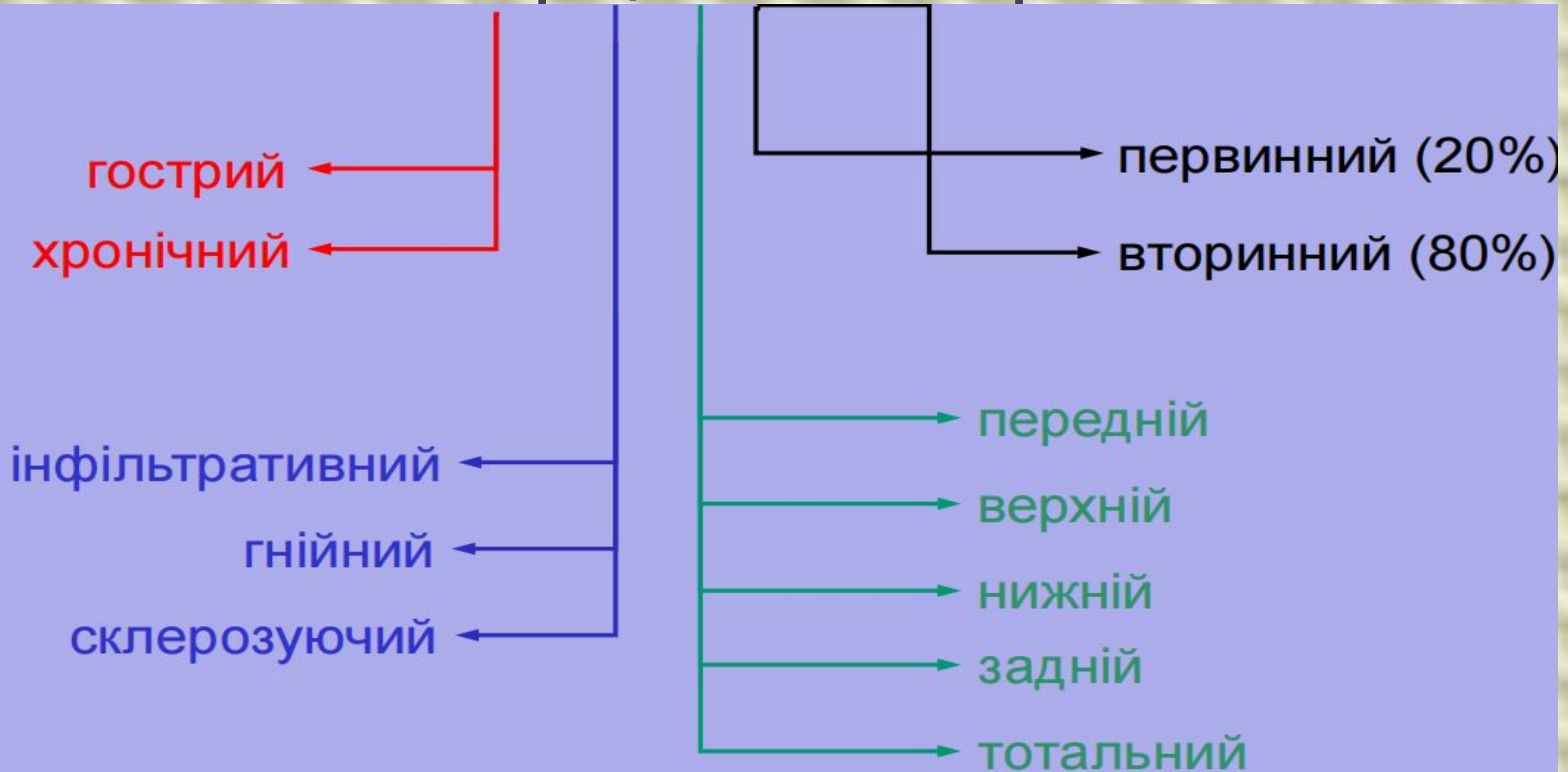
Лікування піонефрозу

- нефректомія
- поліативне лікування (дренування)



Паранефрит

– гнійно-запальний процес навколониркової клітковини



Паранефрит

Розвивається після переходу запалення з нирок або з сусідніх органів і тканин (панкреатит, апендицит)

- **Клініка.** Захворювання розпочинається з підвищення температури тіла, лихоманки і гострого болю в поперековій ділянці. Може спричинити розвиток перитоніту.
- При огляді цих хворих виявляють: припухлість шкіри під XII ребром, у зоні поперекового трикутника, гіперемію, згладженість складок поперекової ділянки.
- При пальпації виникає різка болючість
- Згинальна контрактура в кульшовому суглобі
- Сколіоз

Паранефрит

Діагностика.

ЗАК: лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, зниження кількості еритроцитів.

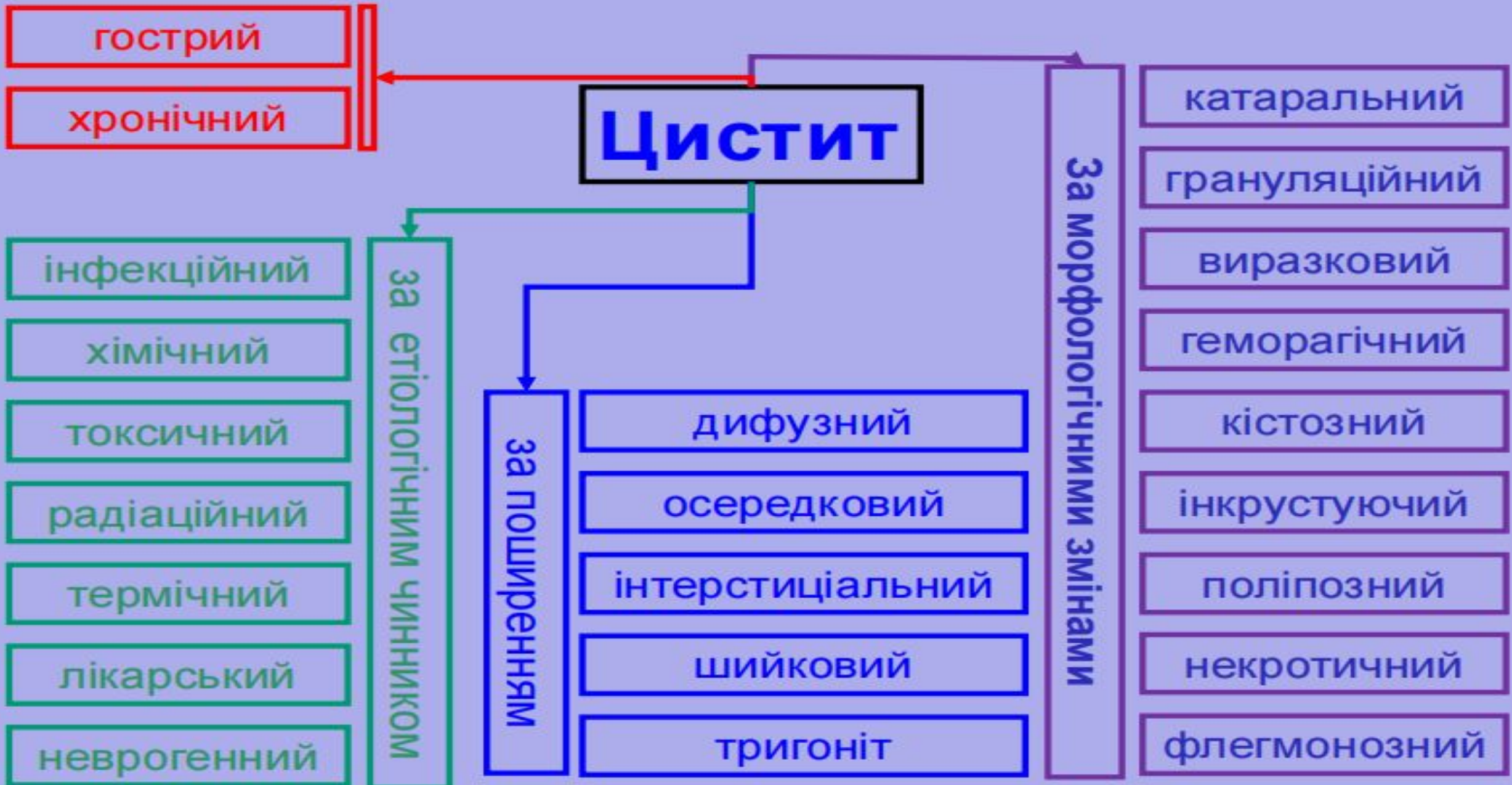
ЗАС: виявляють лейкоцити, еритроцити.

Хромоцистоскопія ретроградної (висхідної) уретеропієлографія, УЗД, дані радіонуклідного дослідження (сканування, сцинтиграфії)

Лікування.

Ліжковий режим, холод на поперекову ділянку, антибіотики, сульфаніламідні, протизапальні препарати. При наявності гнійника проводять його розкриття і дренивання

Цистит



Цистит

Умови виникнення циститу

- Наявність патогенних мікроорганізмів (кишкова паличка, протей, стафілокок, збудники специфічних інфекцій)
- Порушення уродинаміки
- Дистрофія, розлади місцевого кровообігу (ішемія) чи порушення цілісності стінок міхура
- Порушення ритму сечовипускання у жінок

Шляхи проникнення інфекції

- висхідний
- низхідний
- гематогенний

Цистит

Причини вторинного циститу

- Злоякісні пухлини сечового міхура
- Туберкульоз
- Нейрогенний сечовий міхур
- Гіперплазія, рак простати, простатит
- Камені і сторонні тіла
- Звуження сечівника, уретрит
- Опущення стінок піхви, аднексит

Цистит

Клінічна картина циститу

- біль у ділянці сечового міхура
- часте і болюче сечовипускання
- імперативність позивів
- піурія, еритроцитурія
- бактеріурія
- можливість ускладнення висхідним пієлонефритом

Діагностика

Інструментальні методи обстеження при гострому циститі протипоказані !!!

цистоскопія (виконують при хронічному циститі)

- осередкове та дифузне почервоніння і набряк слизової оболонки
- розширення судин
- крововиливи та ерозії слизової (кровоточать)

лабораторне обстеження

- піурія
- еритроцитурія
- бактеріурія

Лікування

Тривалість лікування при гострому циститі 8-10 діб

- щадний режим
- дієта
- теплові процедури
- фізіотерапія
- спазмолітики
- антибіотики

Простатит

гострий

хронічний

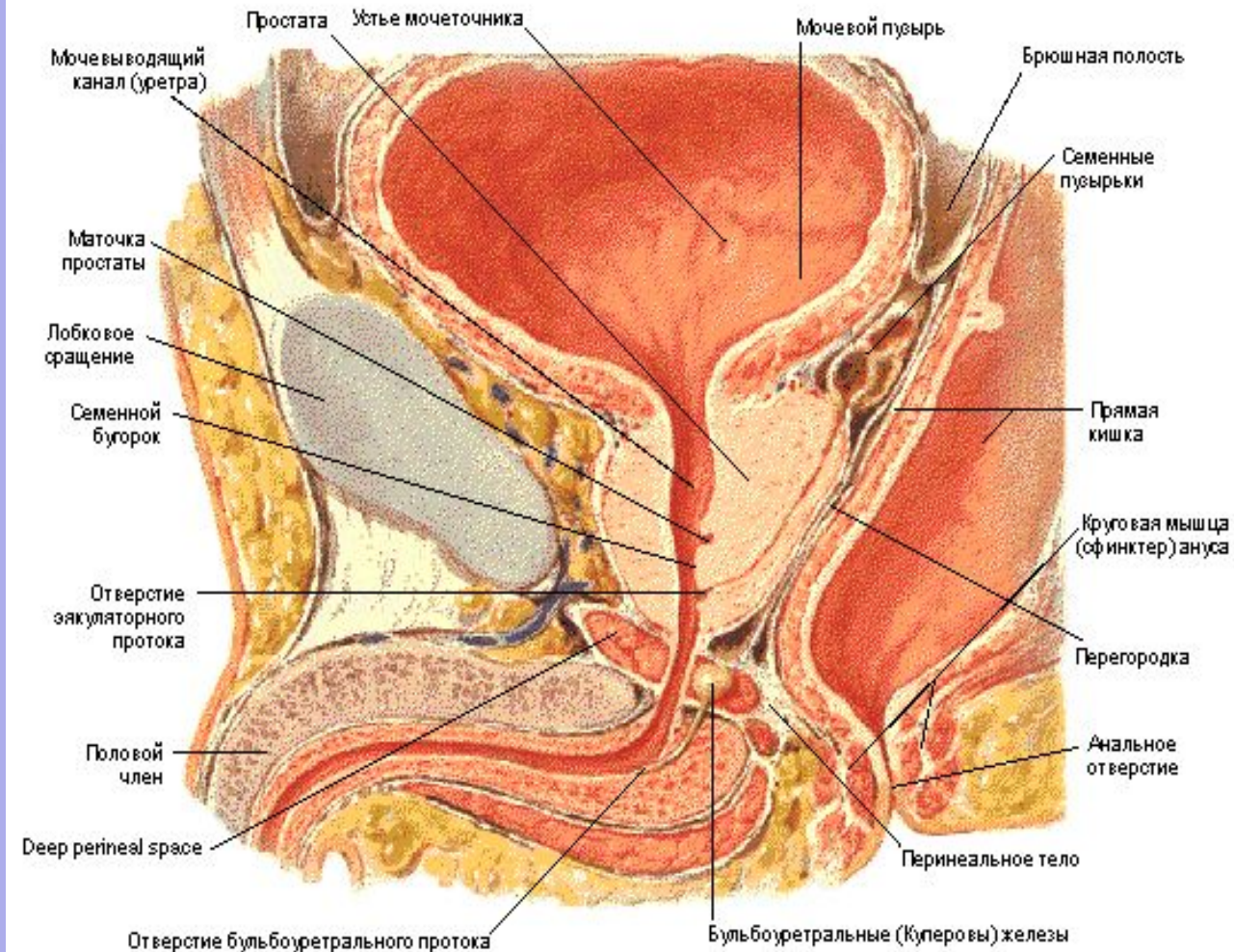
Шляхи проникнення інфекції

- із задньої частини сечівника
- гематогенний шлях

Збудники простатиту

- стафілококи
- кишкова паличка
- синьогнійна паличка
- протей
- трихомонади
- хламідії
- уреаплазми
- мікоплазми

Простата и семенные пузырьки



Форми гострого простатиту

- **Катаральний** – запалення епітелію простатичних протоків з накопиченням серозної рідини
- **Фолікулярний** – запалення окремих часточок залози з утворенням інфільтратів і мікроабсцесів
- **Паренхіматозний** – гнійне запалення всієї залози чи однієї долі
- **Абсцес** (гнояк)

Шляхи проривання абсцесу простати

- в сечівник
- в сечовий міхур
- на промежину
- в пряму кишку

Клініка

- біль у промежині
- біль над лоном
- дизурія
- озноб
- гостра затримка сечі

Лікування

- дієта
- антибактеріальна терапія
- протизапальна (діклофенак)
- фізіотерапія
- при гострій затримці сечі - одноразова катетеризація, надлобкова пункція, епіцистостомія

Діагностика

Ректальне пальцьове дослідження:

- Простата болюча
- Збільшена
- Ущільнена
- Флюктуація (абсцес)

Лабораторно:

- лейкоцитоз + зсув вліво
- підвищення ШОЕ
- лейкоцитурія

Хронічний простатит

1. первинно-хронічний

2. наслідок недолікованого гострого простатиту

Клініка

1. ниючий біль у промежині, яєчках, над лобком
2. свербіж та дискомфорт у сечівнику
3. слизові виділення із сечівника
4. дизурія (незначна)

Лікування хронічного простатиту

- дієта
- антибактеріальна терапія
- ескузан
- лідаза
- фізіотерапія
- масаж простати
- мікроклізми
- санаторно-курортне лікування

Діагностика

1. Пальцьове ректальне дослідження
 - зміни розмірів залози (збільшення, зменшення)
 - зміна консистенції (тістоподібна, щільна, неоднорідна)
 - помірна болючість
2. Мікроскопія секрету
 - підвищення кількості лейкоцитів
 - зменшення кількості лецитинових зерен
 - наявність бактерій
3. Посів секрету
4. Обстеження на хламідії, трихомонади, уреоплазми, мікоплазми
5. Біопсія простати (для диф. діагностики раку, туберкульозу)

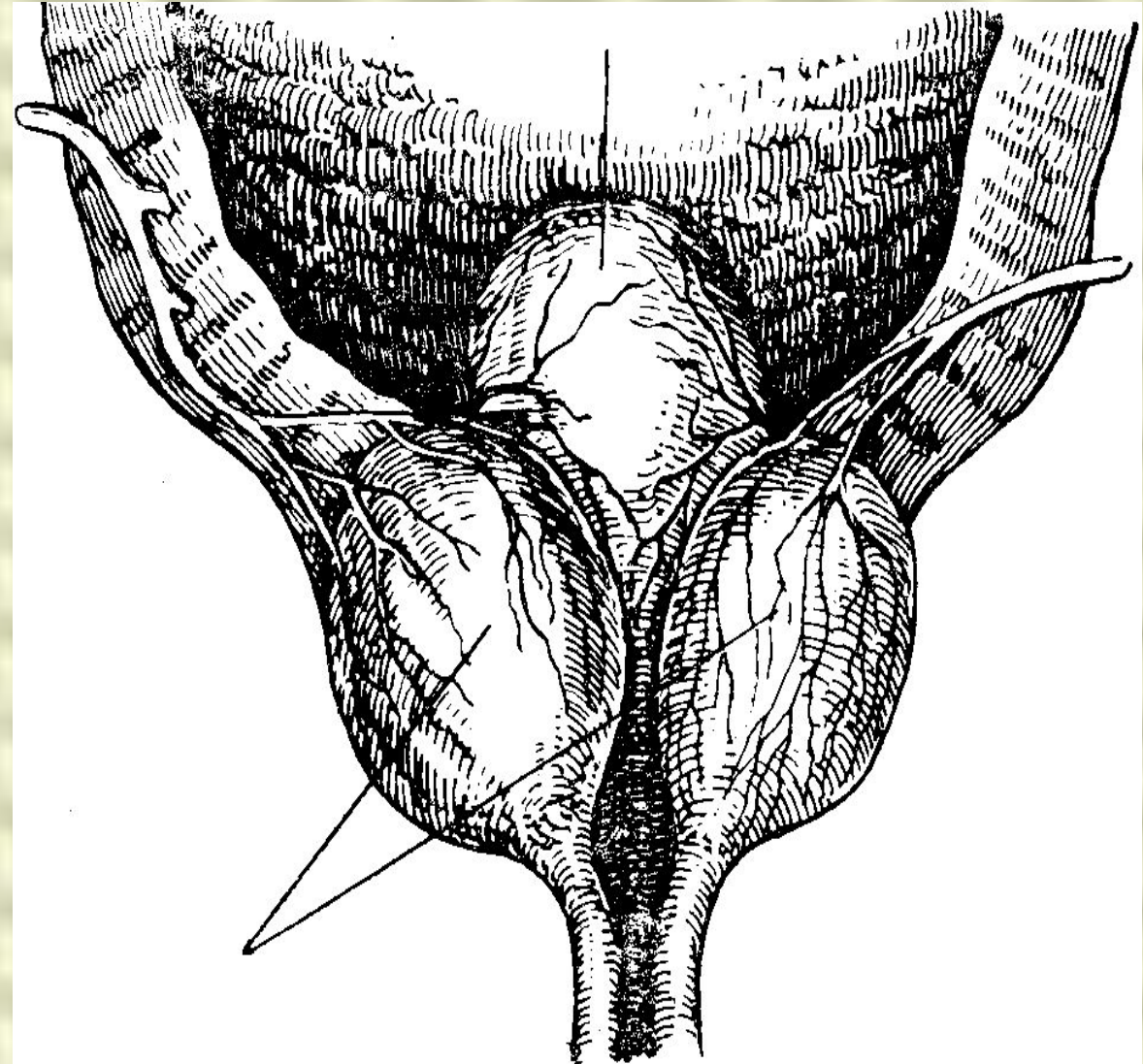
Гіперплазія (аденома) передміхурової залози

Доброякісна пухлина залози,

що знаходиться в сполучній або залозистій тканини в межах капсули.

Вражає чоловіків похилого та старечого віку

Найчастіше вона має округлу чи грушоподібну форму. Описано випадки гігантських аденом - від 100 до 500 г і більше. Гіперплазія складається загалом із трьох частин - середньої і двох бічних.



Гіперплазія (аденома) передміхурової залози

клініка:

Скарги на часте сечовипускання, особливо вночі. Поступово з'являється неповне випорожнення сечового міхура і затримка сечовипускання. Нерідко інфікування сечового міхура (цистит) і нирок.

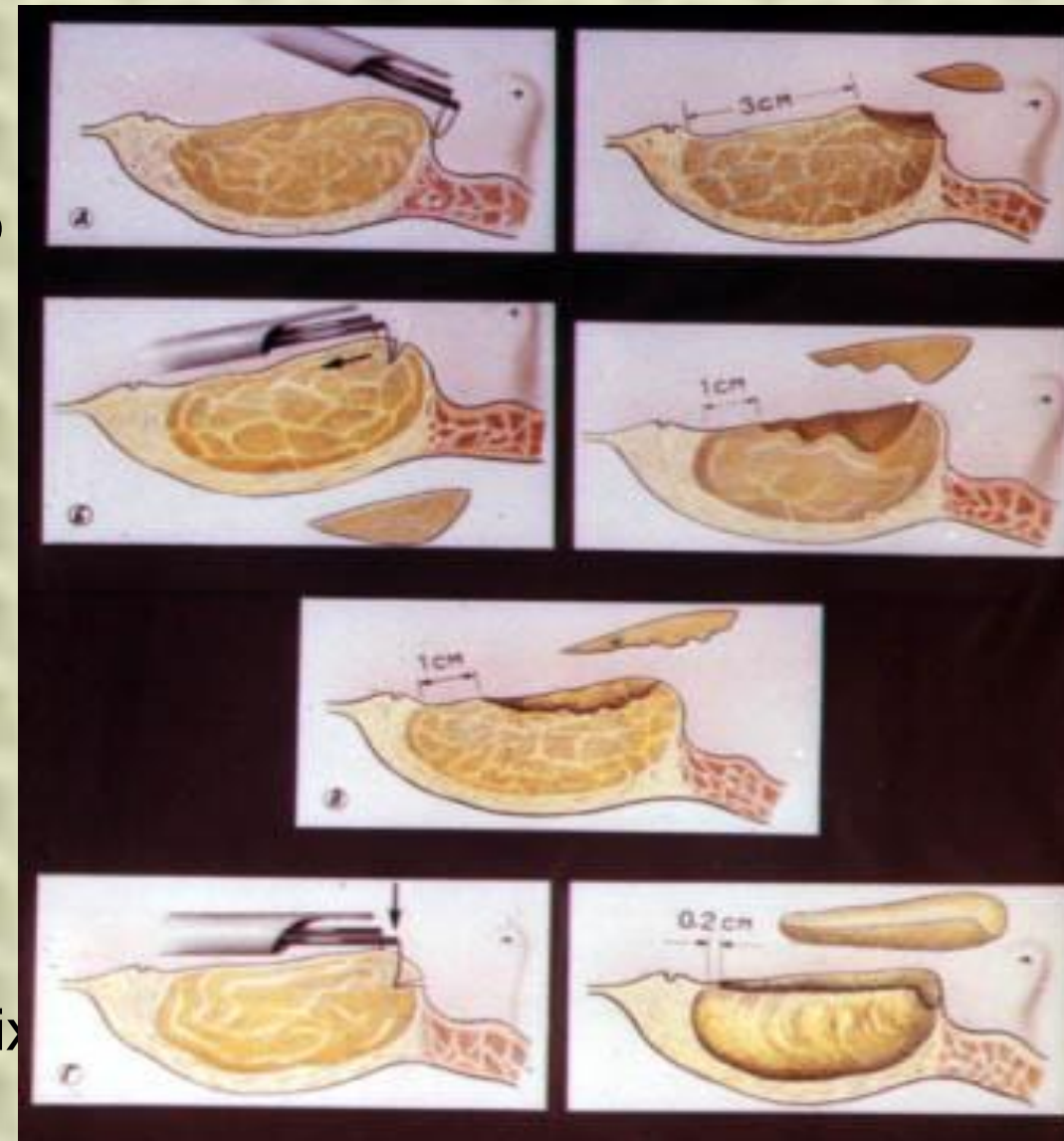
діагностика:

- обстеження пальцеве: щільна, збільшена передміхурова залоза.

- УЗД.

лікування:

- У початкових стадіях консервативне лікування.
- При гострій затримці сечовипускання катетеризація або пункції.
- Операція: аденомектомія: ендоскопічна або черезміхурова.



Захворювання яєчка і його оболонок

Водянка яєчка (гідроцеле) - це скупчення рідини в порожнині власної оболонки яєчка.

Орхіт - запалення яєчка. Може виникати після травми і перенесеної інфекційної хвороби (скарлатини, грипу, туберкульозу та ін.).

Епідидиміт - запалення придатків яєчка. Етіологія така ж, як при орхітах.

Досить часто трапляється поєднане запалення яєчка та його придатка (**орхоепідидиміт**).

- Збудники

- неспецифічна інфекція
- трихомонади
- хламідії
- гонококи
- мікобактерії туберкульозу
- вірус епідемічного паротиту
- бруцели

- Шляхи проникнення збудника

- висхідна інфекція з сечівника
- гематогенно

- Причини

- інструментальне втручання в сечівник
- травма
- інфекційне захворювання
- інфекція сечівника та простати
- операції на простаті

- Клініка

- Збільшення, ущільнення придатку
- різка болючість з поширенням в пахову та поперекову ділянку
- гіпертермія, озноб
- поширення процесу на яєчко (межа між ними не визначається, збільшене та болюче)
- флюктуація

- Диференційна діагностика

- специфічний епідидиміт
- перекрут яєчка (хворі до 35 років)

Лікування

- постільний режим
- дієта
- суспензорій
- новокаїнова блокада сім'яного канатика
- антибіотикотерапія
- компреси, фізіотерапія
- оперативне лікування (декомпресія, епідидимектомія)

Захворювання статевого члена

Фімоз

захворювання, що характеризується неможливістю оголення голівки статевого члена.

Причини:

- Вроджені генетичні проблеми,
- Запальні процеси (баланопостіт),
- Фізичні травми члена, головки або епітелію.
- Захворювання кровоносної системи.

Фізіологічний фімоз НЕ Є патологією у дітей до 5-6 років і лікувати його немає необхідності.

Ускладнення:

- регулярні запалення під крайньою плоттю,
- інфікування уретри
- парафімоз (зазвичай виникає через спроби оголити головку в процесі статевого акту або онанізму)
- набряк органу, посиніння і інші негативні станом
- кровотечі

Лікування

не оперативні методи:

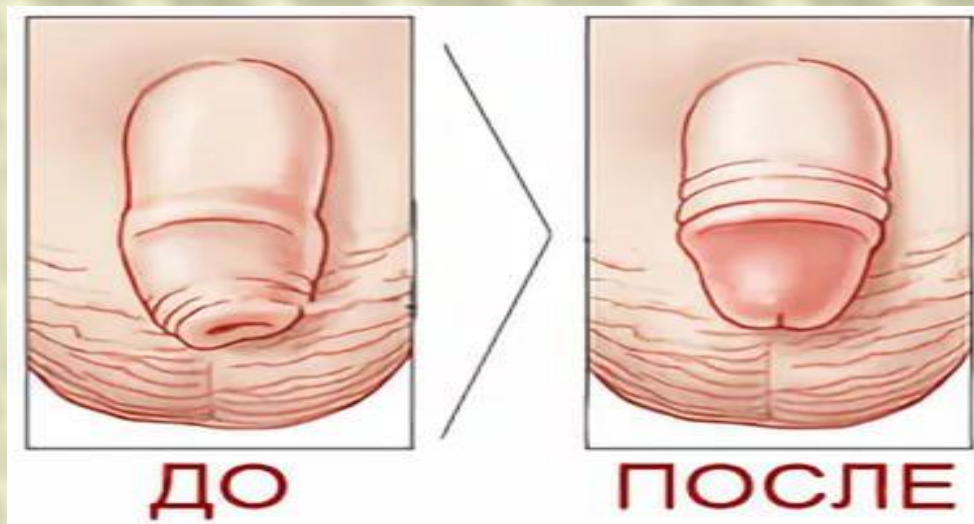
- Розтягування крайньої плоті (2-3 рази на день)

- Медикаментозна терапія:

нанесення на головку члена кортикостероїдів у вигляді мазей.

Оперативне: безпечніший і дієвий метод - повне обрізання епітелію по колу.

Після операції: ванни з антисептиками, антибактеріальні креми.



Парафімоз

Гостро розвинутий стан, при якому звужена крайня плоть зацімлює голівку статевого члена і не може вільно повернутися в нормальне положення.

Парафімоз характеризується сильним болем, набряком крайньої плоті, що має вигляд щільного роздутого валика.

Основна небезпека парафимоза полягає в ймовірності виникнення некрозу і гангрені головки статевого члена, тому даний стан **вимагає надання невідкладної медичної допомоги.**

Причини:

- фімоз
- неправильне проведення гігієнічних процедур
- нееластична коротка вуздечка крайньої плоті
- примусове оголення головки статевого члена під час катетеризації уретри і сечового міхура, виконання цистоскопії
- при виконанні пірсингу статевого члена



ПРОБЛЕМИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ



Парафімоз

Лікування парфімозу

- холодні компреси, щоб зняти набряк;
- накладається пов'язка, просочена спеціальним розчином, еластична пов'язка;
- проводяться накладання/ін'єкції місцевих анестетиків,

Всі ці первинні заходи спрямовані на зменшення набряклості і зниження больових відчуттів.

Подальша лікарська допомога може бути двох видів:

консервативне: мануальному вправленню головки на своє місце,

Хірургічне - коли кілька попередніх спроб лікування не дали потрібного ефекту.

Профілактика парфімозу

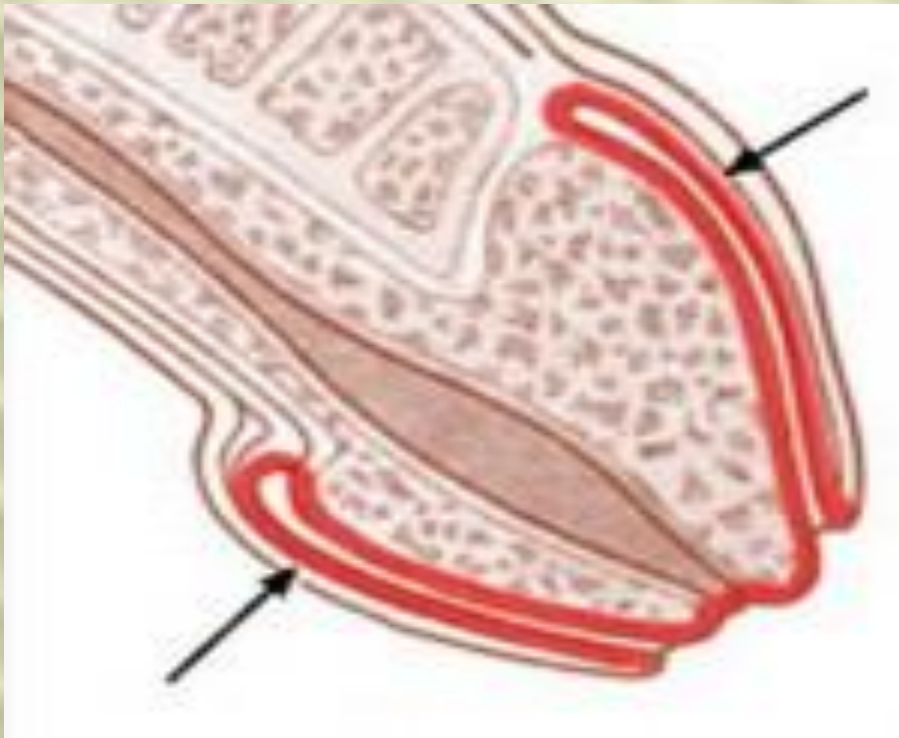
- рання діагностика і своєчасне лікуванні фімозу
- профілактична просвітницька робота з роз'яснення правил проведення санітарно-гігієнічних процедур для хлопчиків, роз'яснення небезпек, якими загрожує примусове відсунення крайньої плоті
- систематичний огляд у фахівця (уролога або андролога).
- роз'яснення правил статевої діяльності

Баланопостіт

запальний процес, що поширюється на крайню плоть і голівку статевого члена.

уражені ділянки головки статевого члена і крайньої плоті червоніють і опухають, що призводить до ще більшого звуження отвору в крайньої плоті, в результаті процес сечовипускання ускладнюється і стає вкрай болючим. Основними суб'єктивними симптомами баланопостіта є:

- дискомфорт,
- свербіж, печіння в області головки статевого члена, - набряклість шкірних покривів,
- діаспореунія (хворобливість статевих контактів),
- іноді поява ерозій і виразок.



Баланопостіт

Причини:

- стафілококи
 - дріжджові грибки,
 - хламідіоз
- інфікування сечових шляхів (уретрит, цистит)
- особиста гігієна,
- фімоз,
- фактор травм і мікропошкоджень головки і крайньої плоті,
- проблеми імунної системи (цукровий діабет, псоріаз, червоний вовчак)

Лікування

- промивання прохолодною водою + ванночки (20-25хв)
 - крем на основі цинку
 - антисептичні розчини:
- хлоргексидин
 - фурацилин
 - Мірамістин
- Препарати:
- «Микосист», «Дифлюкан», «Флуконазол»
 - мазі: Левоміколь, Нізорал, Клотримазол, Ламізил, гормональні

Сечокам'яна хвороба

(нефроуретеролітіаз)

Поліетіологічне хронічне захворювання, що характеризується наявністю каменю або декількох каменів в нирках і / або в сечових шляхах або відходженням каменю.

- Це одне з найбільш поширених урологічних захворювань, зустрічається не менш ніж у 1-3% населення, виявляється в будь-якому віці і має виражену тенденцію до рецидиву каменеутворення.

- Хворі становлять 30-40% всього контингенту урологічних стаціонарів. Каміні частіше локалізуються в правій нирці.

Двосторонні каміні спостерігаються у дорослих в 15-30% випадків.

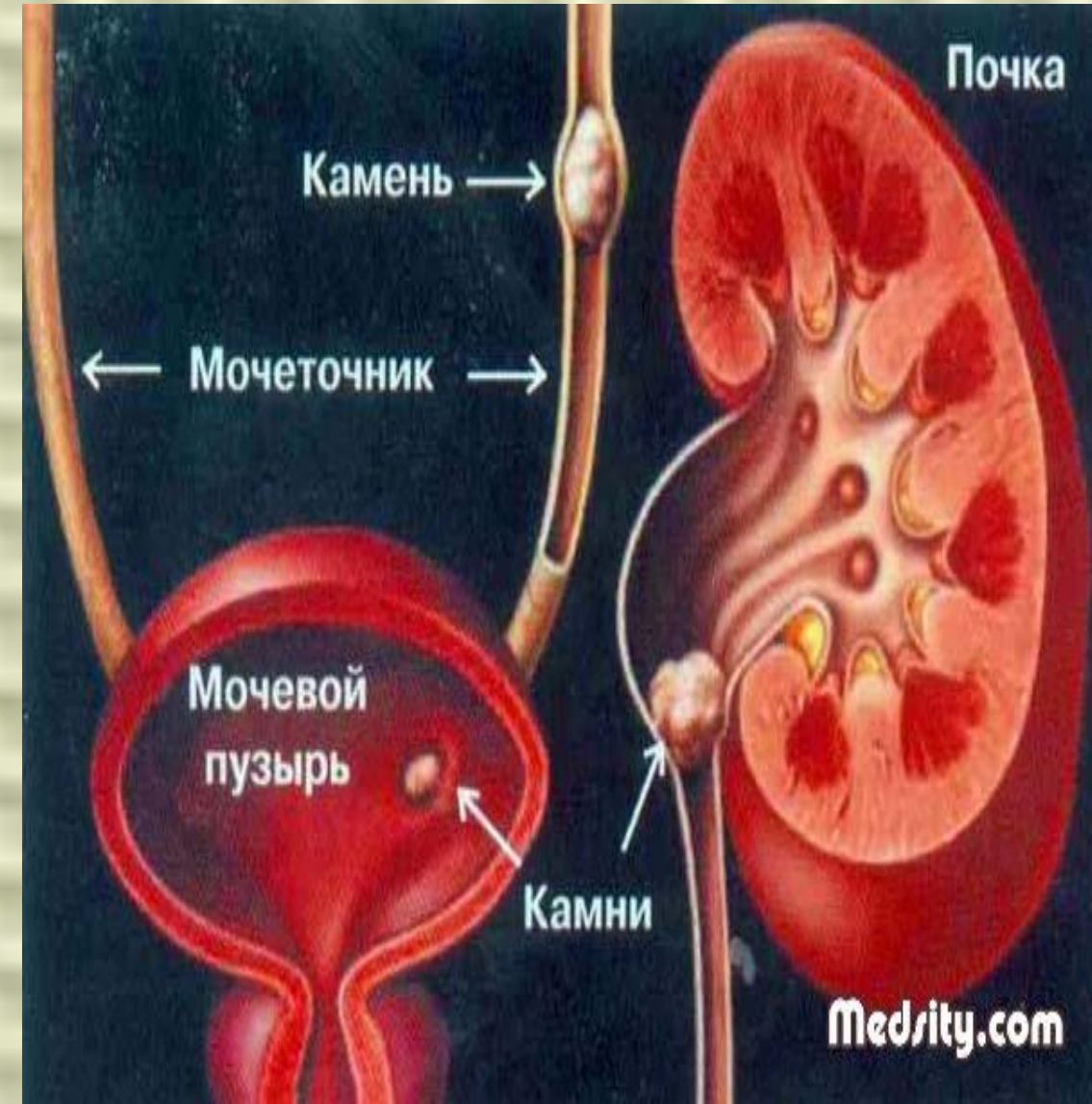
В Україні відзначається збільшення числа хворих на сечокам'яну хворобу. За останні 10 років показник поширеності в країні зріс із 200 до 300 на 100 000 населення.

Відзначено тенденцію збільшення числа урологічних операцій при сечокам'яній хворобі, які носять паліативний характер, що веде до нагромадження в країні осіб працездатного віку, котрі складають групу підвищеного ризику виходу на інвалідність.

Причини виникнення сечокам'яної хвороби вивчені недостатньо.

Важливе значення має вплив окремих факторів.

1. Сухий і жаркий клімат (підвищенням концентрації сечі і випаданням солей в осад.)
2. Вживання води з великим вмістом солей кальцію.
3. Пошкодженнях кісток.
4. Порушеннях функції щитоподібної залози.
5. Гіповітамінози А та гіпервітаміноз Д.
6. Інфікування сечі. (хронічний пієлонефрит)
7. Травми поперекової ділянки



Камені, що виникають при порушенні обміну речовин

Камені з солей: сечової кислоти (**урати**), щавлевокислого кальцію (**оксалати**), фосфату кальцію (**фосфати**), карбонату кальцію (**карбонати**), **ксантинові, холестеринові**. При запальних процесах - з фосфатів або уратів.

За складом камені можуть бути:

- однорідні
- змішані .

Форма каменів залежить від місця їх утворення. Камені можуть розташовуватися в мисках, чашечках, сечовому міхурі, спускатися по сечоводу.

При тривалій закупорці сечоводу каменем розвивається гідронефроз з атрофією паренхіми нирки і розширенням мисок. Гідронефроз може інфікуватися і виникнути пієлонефрит, паранефрит.

**Камені можуть
бути:**

За складом:

- однорідні
- змішані .

За кількістю:

- поодинокі;
- множинні.

За розмірами:

від розміру піщинки
до повного
заповнення просвіту
миски (кораловий
камінь ...)



Фосфатные



Оксалатные



Уратные



Ксантиновые



Цистиновые

1. Безбольова
2. Ниркової кольки
3. Помірних болей
4. Макрогематурії
5. Анурії



Ниркова коліка

Основним симптомом ниркової коліки є біль!

Біль при нирковій коліці може бути розділена на три фази:

- Гостра фаза. Починається зазвичай вночі або рано вранці, пробуджуючи пацієнта від сну.
- Постійна фаза - період тривалого максимального болю. Зазвичай триває між 1 і 4 годинами, може тривати 12 годин.
- Фаза згасання. Зазвичай триває 1-3 години.



Ниркова коліка

Клінічна

картина

Біль раптова, постійна і переймоподібна, локалізується в поперековій області або підребер'ї і іррадіює по ходу сечоводу в клубову, пахову області, мошонку і її органи, статевий член, піхву і статеві губи.

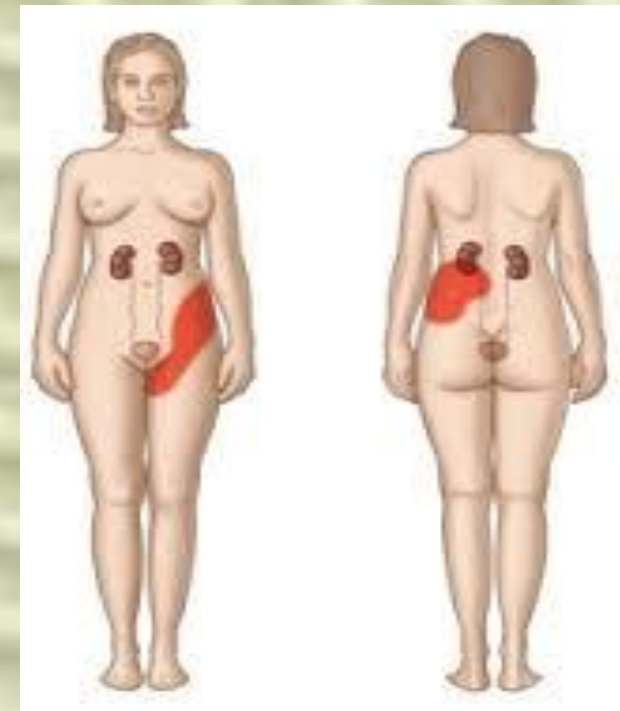
Іррадіація болю знижується з переміщенням каменю, який зупиняється частіше в місцях фізіологічних звужень сечоводу: в лоханочно-сечоводо сегменті (сполучення) - іррадіація в мезогастральній області;

при перехрестя з клубових судинами - пахова область і зовнішня поверхня стегна;

в предпузирному відділі - можуть бути помилкові позиви до дефекації і прискорене сечовипускання;

в интрамуральному (всередині стінки сечового міхура) відділі - біль іррадіює в головку статевого члена і може супроводжуватися прискореним і хворобливим в кінці сечовипусканням.

Характерна дизурія (прискорене хворобливе сечовипускання).



Ниркова коліка

Клінічна картина

Колька може супроводжуватися:

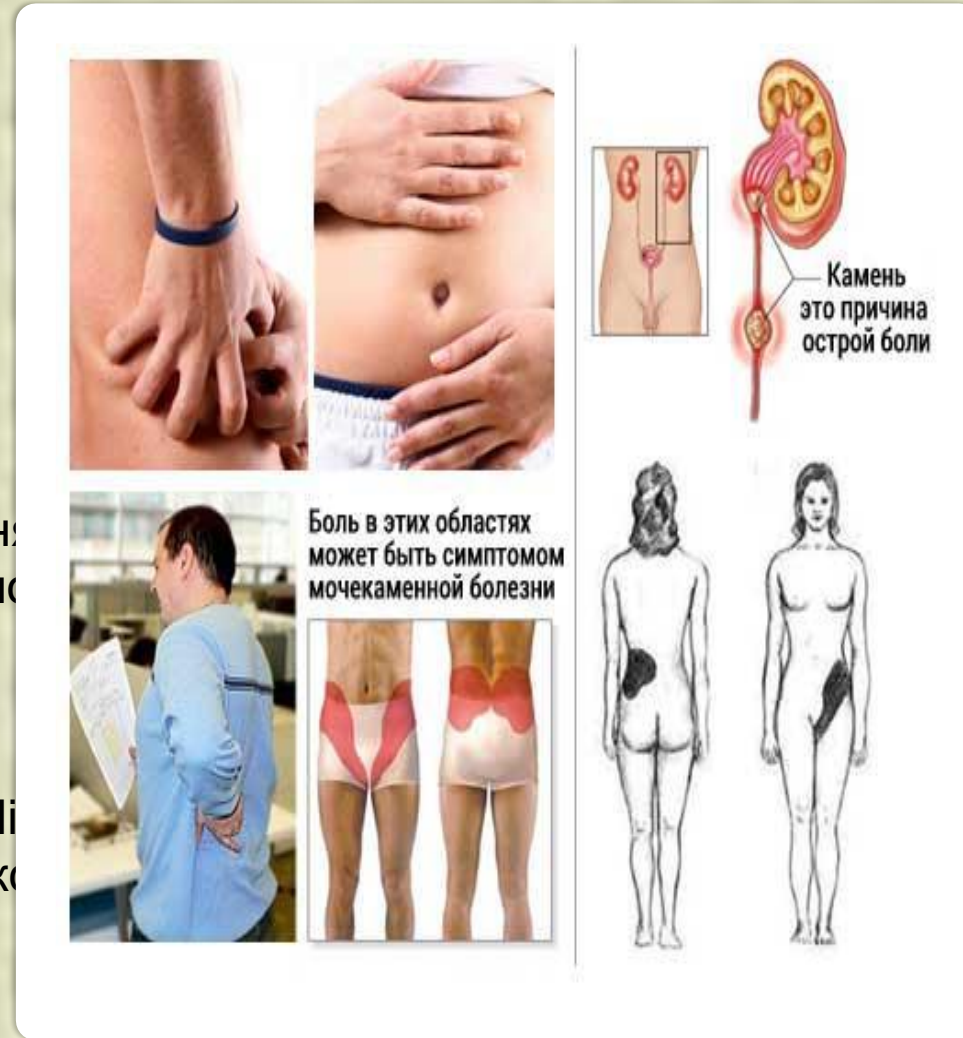
картина

- нудотою і блювотою, що не приносить полегшення (виникає майже одночасно з болем у попереку);
- затримкою газів;
- розвитком парезу кишечника різної вираженості;
- брадикардією;
- помірним підвищенням артеріального тиску;
- гематурією;
- олігурією і анурією.

Біль, особливо в перші 1,5-2,0 год., змушує пацієнта міняти положення тіла, що, як правило, не приносить полегшення. Хворий метається, інколи нахиляє тулуб, утримуючи долоню на попереку з боку болю.

Гострий приступ болю триває 15-20 хв, можливе підвищення температури тіла до 37,2-37,3 ° С.

Каміні розміром менше 5 мм в 98% випадків відходять самостійно. Після припинення нападу ниркової коліки зберігається тупий біль в попереку ділянці, але самопочуття пацієнта поліпшується.



Ниркова коліка

Диференціальна діагностика ниркової коліки

- симптом Пастернацького
- ЗАС, ЗАК
- хромоцистоскопія
- рентгенологічне обстеження (оглядова і екскреторна урограми)
- УЗД нирок і сечового міхура
- КТ і МРТ
- з гострим апендицитом
- з гострим холециститом
- з гострим панкреатитом
- з гострою непрохідністю кишечника
- з гінекологічною патологією
- корінцевий синдром

Лікування ниркової коліки

Невідкладна допомога.

Тепло на поперекову ділянку;

Баралгін 5 мл в / в або в / м, НПЗЗ;

Спазмолітики: но-шпа 2% - 2-4 мл в / в;

При неефективності всі хворі повинні бути госпіталізовані.

В стаціонарі

- Теплові процедури
- У середину: баралгін; но-шпа; папаверін та ін., 0,04-0,06 разів на добу
- Парентерально:
 - а) міотропні спазмолітики
 - но-шпа 2мл (40мг) або форте (80мг) в/м або в/в
 - папаверін 2% п/ш 1-2 мл 2-4 рази, в/в по 1 мл
 - баралгін 5 мл в/м чи в/в
 - максиган (+антихолінергічний з-б) в/в 2мл, в/м 2-5 мл 2-3р.
 - б) холінолітики
 - атропін 0,1% п/ш
 - платифілін 0,2% п/ш 1 мл
- НПЗЗ : Діклофенак у середину по 25-50 мг кожні 8-12 годин, в/м 75 мг та інші
- Наркотичні анальгетики
- Літичний коктейль
- Блокада за Лорін-Епштейном

Лікування ниркової коліки

Покази до катетеризації сечовода або ЧПНС

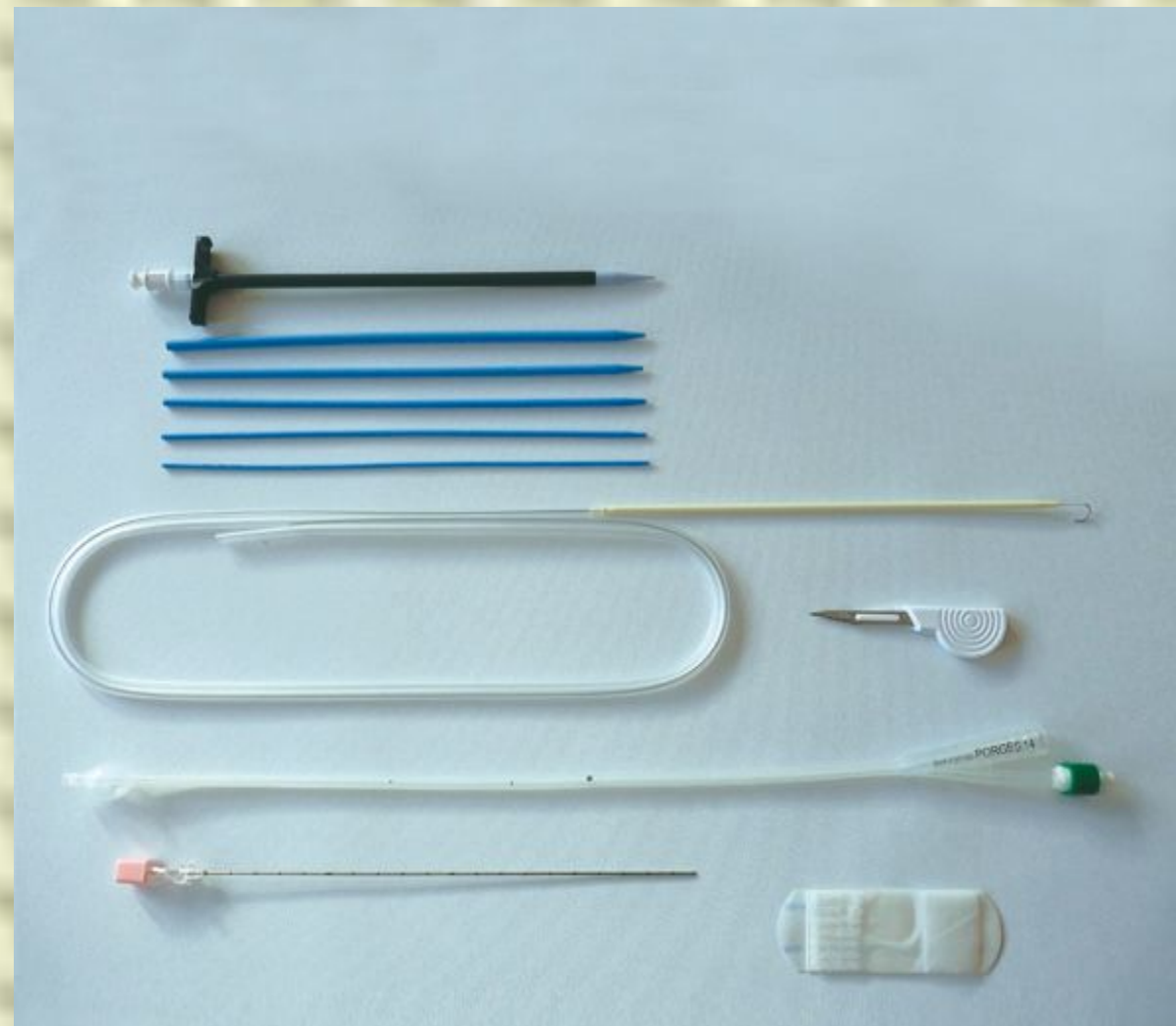
- Камінь єдиної нирки чи сечовода єдиної нирки
- Гострий пієлонефрит
- Камінь великих розмірів (6 мм і $>$) у верхній половині сечовода
- Нерухомий, вклинений камінь
- Виражена дилатація сечовода вище місця обструкції за даними УЗД чи екстреторної урографії
- Виражена за інтенсивністю біль з нудотою, блювотою, яка тривало не купується



Чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС)



- определяют положение почки.
- По адаптеру проводят пункцию ЧЛС иглой с мандреном нижнего или среднего сегментов почки
- по внутреннему просвету иглы проводят жесткий проводник
- По проводнику расширяют канал бужами
- устанавливают дренаж нужного диаметра.



**Камінь, який не вийшов протягом 1-2 місяців
навряд чи відійде самотійно**

Сечокам'яна хвороба

Лікування

Розміри каменя, які виключають самостійне відходження, підлягають видаленню шляхом:

- Дистанційна ультразвукова літотріпсія - ДУХЛ
- Перкутанна літотріпсія – ПЛТ
- Відкрита операція – ВО

Вплив ускладнень на характер лікування

Камінь <2,5см	Ускладнення	Камінь >2,5см
ДУХЛ	Відсутні	ПЛТ чи ВО
ДУХЛ	Гідронефроз	ПЛТ чи ВО
ВО: резекція сегменту+літотомія	Стріктура сегменту	ВО: резекція сегменту+літотомія
ЧПНС, далі ДУХЛ	Гострий піелонефрит	Термінова ВО
Нефректомія	Піонефроз	Нефректомія

Сечокам'яна хвороба

Лікування

Незалежно від сольового складу каменя

- Посилення діурезу до 2 літрів за добу (окрім фосфатного літіазу), рівномірний прийом достатньої кількості рідини – переварена вода, відвари, настої при відсутності соматичних протипоказів;
- Обмеження поступлення Са в кров та сечу
 - ведення активного способу життя – прогулянки, велосипед
 - обмеження вживання продуктів, багатих Са – молоко, сир, масло
 - обмеження вживання білку, який збільшує вміст сечової кислоти, Са, Р в сечі – до 20 г на добу – м'ясо, сир, птахи, риба
 - відмова від медикаментів, які містять високу кількість кальцію (шлункові ліки - антациди)
 - не зловживати кухонною сіллю – обмежити до 2-3 г/добу (копчене м'ясо, хрустка картопля, тверді сорти сиру)
- Вплив на уротелій вітаміном А (морква, абрикос, капуста броколі, диня, гарбуз, яловича печінка)
- Фітотерапія – цистон, марена красильна, уролесан, фітолізін, авісан, цистенал, канефрон, проліт (по 5 пілюль 3 рази на день 1-6 місяців ще й зменшує рівні гіперкальціурії, сечової кислоти в крові і сечі, оксалатів в сечі)

Гостра затримка сечі

- неможливість або недостатність самотійного випорожнення переповненого сечового міхура з хворобливими позивами на сечовипускання.

Причини:

Механічні: (аденома і рак передміхурової залози, простатит, чужорідне тіло сечового міхура і уретри, новоутворення нижніх сечових шляхів);

Нейрогенні: (травма спинного мозку, грижа міжхребцевого диска, розсіяний склероз);

Функціональні: (біль, хвилювання, низька температура навколишнього середовища);

Прийом деяких лікарських засобів: (наркотики, бензодіазепіни, антидепресанти, антигістамінні, адреноміметики, антихолінергічні препарати і ін.)

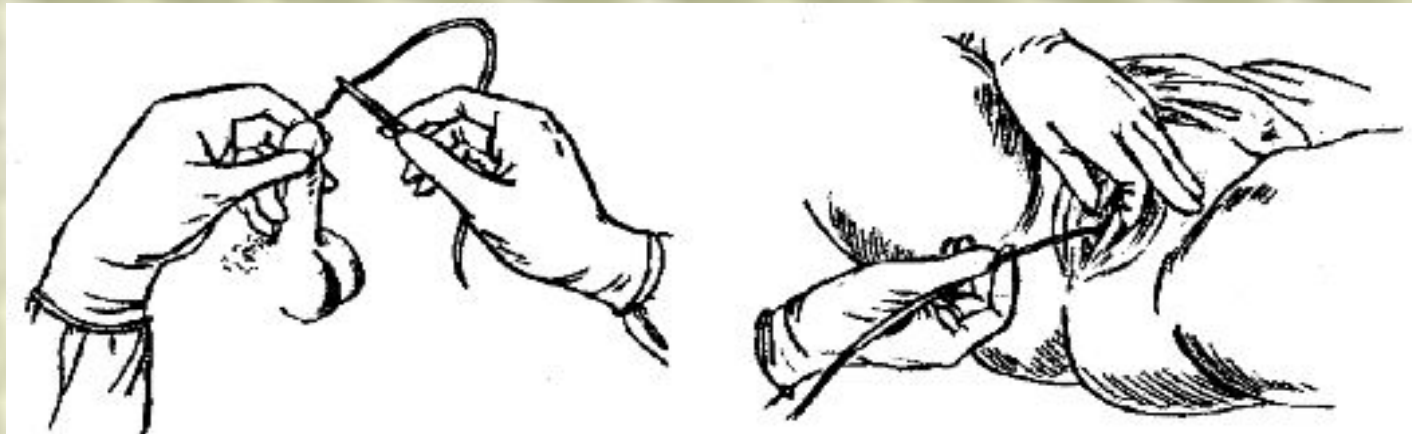
Гостра затримка сечі

Клінічна картина.

- Болісні позиви на сечовипускання;
- Загальне занепокоєння хворого;
- Сильні болі в надлобковій області;
- Відчуття розпирання внизу живота.

Невідкладна допомога.

Термінове спорожнення сечового міхура шляхом його катетеризації еластичним катетером.



Гостра затримка сечі

Техніка катетеризації.

- Всі інструменти повинні бути стерильними, попередньо обробити промежину і область зовнішнього отвору мочеісп. каналу розчином антисептика (хлоргексидин, фурацилін, декасан).
- Катетер змастити гліцерином або вазеліновим маслом;
- У жінок катетер проводять на глибину 5-8 см до отримання сечі;
- У чоловіків голівку статевого члена захоплюють по вінцевої борозні з боків середнім і безіменним пальцями лівої руки (не здавлюючи уретри) і утримують в кілька натягнутому догори стані. При цьому вказівний і великий пальці тієї ж руки злегка розсовують зовнішній отвір уретри. У зовнішній отвір уретри вводять катетер і проводять його в проксимальний відділ уретри плавними «кроками» по 1,5-2,5 см, поступово перехоплюючи пінцетом.

Гостра затримка сечі

Протипоказання до катетеризації сечового міхура:

- Гострий уретрит і епідидиміт (орхіт);
- Гострий простатит і / або абсцес передміхурової залози;
- Травма уретри;
- Гострий цистит

Показання до госпіталізації.

- Наявність протипоказань до катетеризації сечового міхура;
- Утруднення в проведенні катетера (не більше 2 спроб!);
- Відсутність відновлення самостійного сечовипускання після повторних катетеризацій сечового міхура;
- Тривалість гострої затримки сечі більше 2 діб.

Гідронефроз

- стійке прогресуюче розширення чашечково-мискової системи з атрофією ниркової паренхіми і розладом її функцій, зумовленими порушенням відтоку сечі

Причини гідронефрозу:

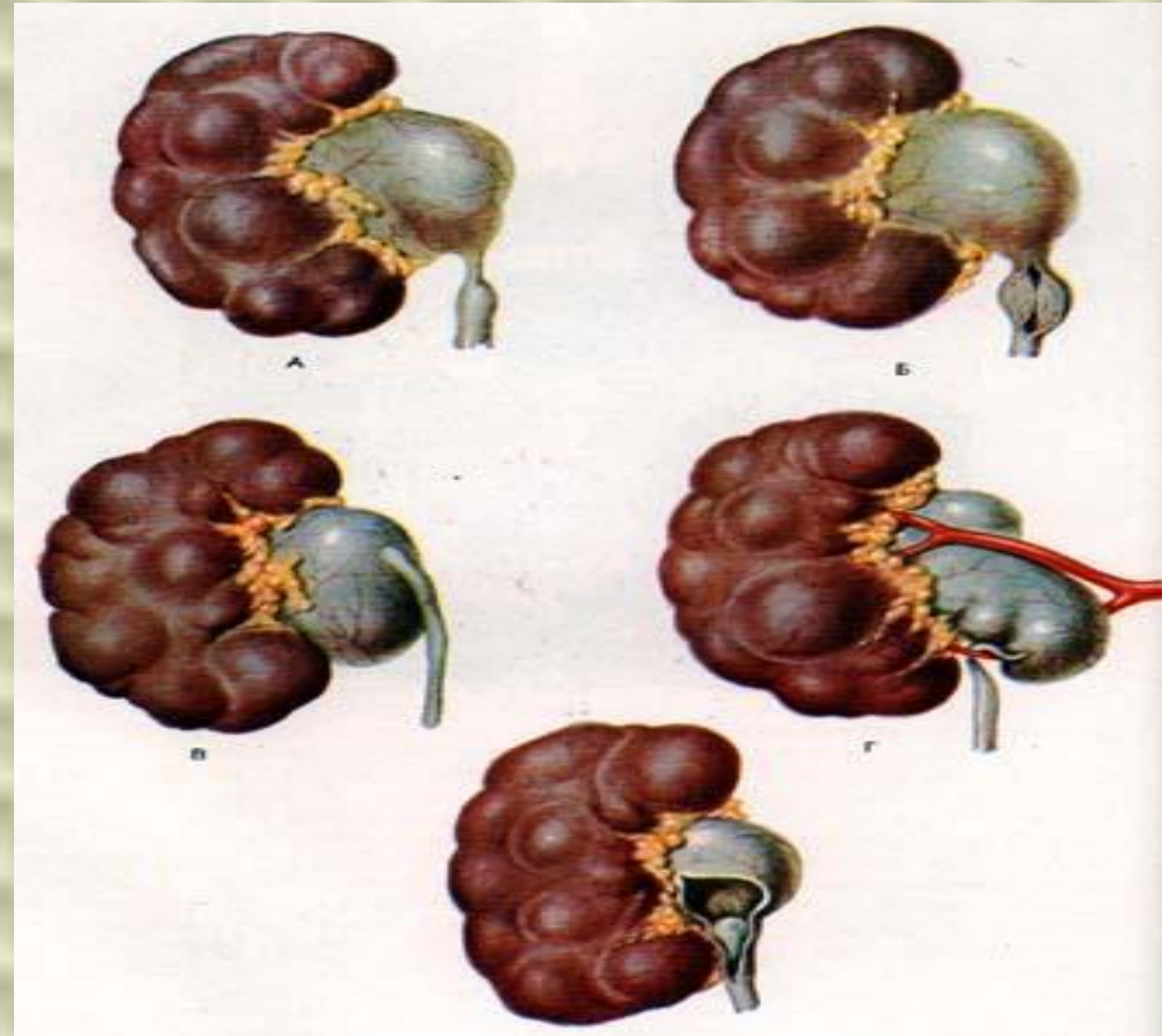
а - стеноз мисково-сечовідного сегмента;

б - гіпертрофія м'язів мисково-сечовідного сегмента;

в - високе відходження сечовода;

г - додаткова судина до нижнього сегменту нирки;

д - камінь в мисково-сечовідному сегменті.



Ушкодження органів сечостатевої системи

Загальні особливості ушкоджень сечостатевих органів

- У механізмі пошкоджень органів, що містять сечу, істотна роль належить так званому гідродинамічного удару, тобто розрив стінки органу відбувається за рахунок різкого зсуву рідини, що знаходиться в ньому.
- Висока частота ятрогенних ушкоджень (наприклад, сечовипускальний канал при катетеризації сечового міхура або сечоводу при гінекологічних операціях).
- Пошкодження органів сечостатевої системи рідко бувають ізольованими.
- Фізикальне обстеження пацієнта, як правило, не дозволяє визначити вид, характер і тяжкість ушкодження сечостатевих органів.
- При лікуванні пацієнтів з ушкодженнями сечостатевої системи, практично завжди виникає необхідність відведення сечі.
- Деякі віддалені наслідки даних ушкоджень можуть мати високу соціальну значущість для пацієнта.

Ушкодження нирки

Класифікація

Механічна травма нирки за типом поділяється на:

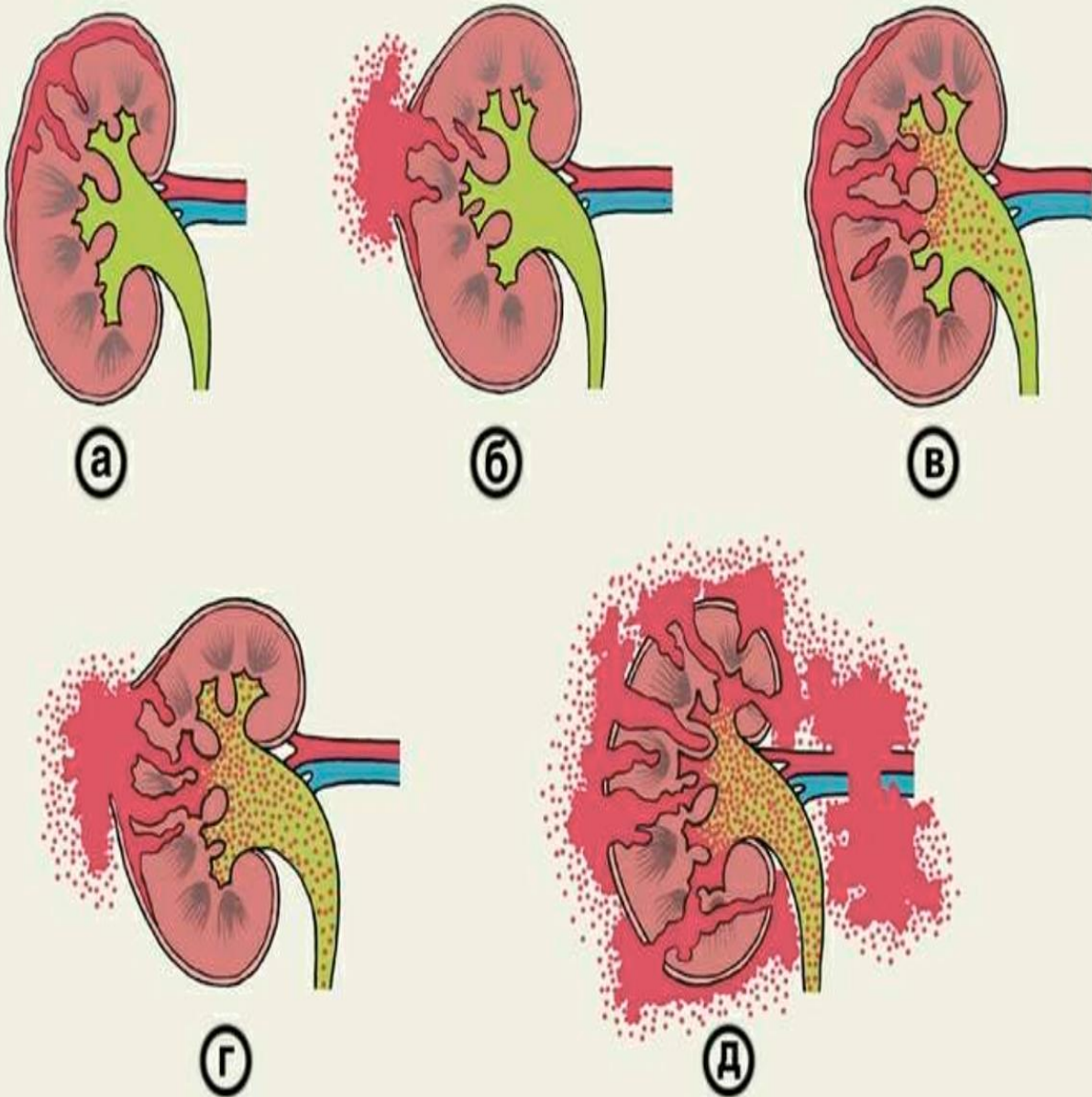
▣ Закрита травма нирки.

- Забій нирки (множинні крововиливи в нирковій паренхімі при відсутності макроскопічного розриву субкапсулярної гематоми).
- Пошкодження жирової клітковини навколо нирки і / або фіброзної капсули нирки.
- Субкапсульний розрив нирки без проникнення в чашечно-мискової систему. При цьому формується велика субкапсулярна гематома.
- Розрив фіброзної капсули і тканини нирки з проникненням в чашечно-мискової систему.
- Розтрощення нирки.
- Травма судинної ніжки або відрив нирки від судин і сечоводу.
- Контузія нирки (при дистанційної літотрипсії - ДЛТ).

▣ Відкрита травма (поранення) нирки.

- Кульове.
- Осколкове.
- Колоте.
- Різане .

Ушкодження нирки



Закриті ушкодження -

виникають при падінні з висоти, здавленні, ударах поперекової області, переломах нижніх ребер.

Спостерігаються:

- розриви або розтрощення ниркової паренхіми,
- миски,
- нерідко відбуваються підкапсульні гематоми,
- відрив ниркової ніжки.

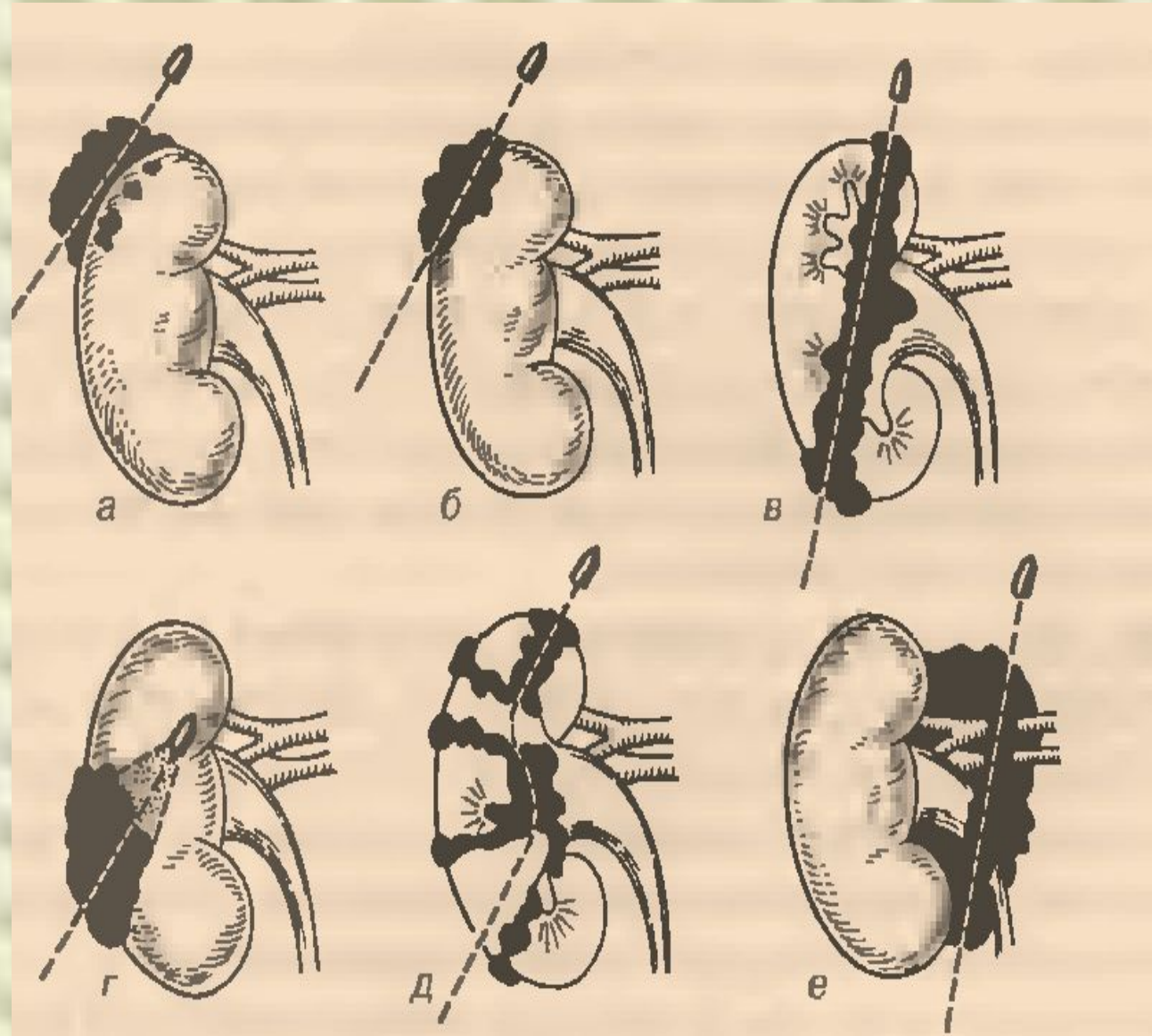
При наявності патологічних змін в нирці (гідронефроз, піонефроз, аномалії нирок, хронічний пієлонефрит) пошкодження нирки відбувається при незначних за силою ударах - так званий, мимовільний розрив нирки.

Відкриті ушкодження -

спостерігаються при вогнепальних і ножових пораненнях.

Супроводжуються:

- кровотечею з сечовипускного каналу,
 - утворенням гематоми,
 - виділенням з рани сечі.
 - При затікання сечі в черевну порожнину виникає перитоніт.
- Поранення нирок супроводжується шоком.



Ушкодження нирки

Клінічна картина

При пошкодженні нирок основний симптом гематурія, біль у поперековій ділянці з іррадіацією по ходу сечоводу, утворення гематоми. Крововтрата супроводжується розвитком шоку, падінням артеріального тиску, тахікардією, блідістю шкірних покривів, холодний піт. Великі зачеревні гематоми /урогематоми стимулюють перитоніт, тобто виникає псевдоабдомінальний синдром.

Гематурія встановлюється по виду сечі, яка набуває кольору м'ясних помийів.

Гематурія не спостерігається при відриві ниркової ніжки або закупорці сечоводу згустком.

Просякнення клітковини сечею викликає розвиток флегмони.

Діагностика:

- Анамнез (падіння, удар, ДТП)
- Наявність синців, саден на стороні ушкодження
- Позитивний симптом Пастернацького
- Оглядова і в / в урографія
- УЗД

Лікування:

- Консервативне: активно-вичікувальна тактика (забій і субкапсулярні пошкодження):
 - 1. Постільний режим на 10-15 днів
 - 2. Гемостатики
 - 3. Антибактеріальна терапія
 - 4. НПЗЗ (болезаспокійливі і протизапальні)

Ушкодження нирки

Оперативне лікування

Абсолютні показання до екстреного оперативного лікування при відкритих і закритих травмах нирок:

- Нестабільні гемодинамічні показники.
- Наростаюча і пульсуюча гематома.

Відносні показання до екстреного оперативного лікування при відкритих і закритих травмах нирки:

- Нечітко визначений ступінь травми.
- Екстравазація сечі у великій кількості.
- Наявність великої ділянки нежиттєздатною тканини нирки.
- Важке пошкодження.
- Поєднані травми, що вимагають оперативного втручання.

Види оперативного лікування:

Доступи:

- люмботомія,
- лапаротомія

- ушивання дефекту капсули, ревізія заочеревинного простору,
- резекція нирки,
- нефростомія,
- нефректомія.

Ушкодження сечоводу

Ушкодження сечоводу при впливі зовнішньої сили виникає порівняно рідко завдяки своєму розташуванню, розмірами і рухливості.

Відкрита травма сечоводу майже завжди виникає при вогнепальних пораненнях і у всіх випадках носить сполучений характер.

Може бути обумовлене як безпосереднім впливом (пошкодження слизової оболонки, здавлення сечоводу швом, повне або часткове розсічення, розтрощення або відрив) так і опосередкованим (пошкодження судин сечоводу при електрокоагуляції, радіаційне опромінення, надмірна диссекція).

Ендоскопічні технології діагностики та лікування сечоводних каменів, облітерацій істриктур, уротеліальних пухлин можуть ускладнюватися ятрогенним (наслідок медичних процедур) пошкодженням сечоводу.

Ятрогенні травми сечоводів в 73% випадків виникають під час гінекологічних, а в 14% - урологічних та загальнохірургічних операцій.

Ушкодження сечоводу

Клініка

- Симптоми сечової інфільтрації заочеревинного простору:
 - підвищення температури,
 - ознаки інтоксикації,
 - біль у ділянці нирок,
 - напруга м'язів черевної стінки ,
 - подразнення парієтальної очеревини
- Гематурія
- Пастозність при ректальному і вагінальному обстеженні
- Пастозність мошонки або статевих губ

Діагностика:

- Оглядова урографія
- контрастна в / в урографія
- УЗД

Консервативне лікування:

- тільки при забоях,
- надриві без порушення цілісності:
- анальгетики,
- антибіотики,
- ферменти

Оперативне лікування

- Спорожнення сечового затьока і відновлення прохідності
- Нефростомія
- Ушивання сечоводу з косим краєм кінець в кінець
- Уретерокутанеостомія при масивних сечових затьоках, великих пошкодженнях

Ушкодження сечового міхура:

Класифікація

Закриті (при цілості шкірних покривів):

- забій;
- неповний розрив (зовнішній і внутрішній);
- повний розрив;
- двоетапний розрив сечового міхура:
- відрив сечового міхура від сечівника.

Відкриті (поранення):

- забій;
- неповне поранення (дотичне):
- повне поранення (наскрізне, сліпе);
- відрив сечового міхура від сечівника.

Травми по відношенню до черевної порожнини

- Внутрішньочеревні.
- Позаочеревні.
- Змішані.

За наявності пошкоджень інших органів

- Ізольовані.
- Поєднані:
 - ушкодження кісток таза;
 - ушкодження органів черевної порожнини (порожнистих, паренхіматозних);
 - ушкодження позаочеревних органів живота і таза;
 - пошкодження інших органів і областей тіла.

Ушкодження сечового міхура:

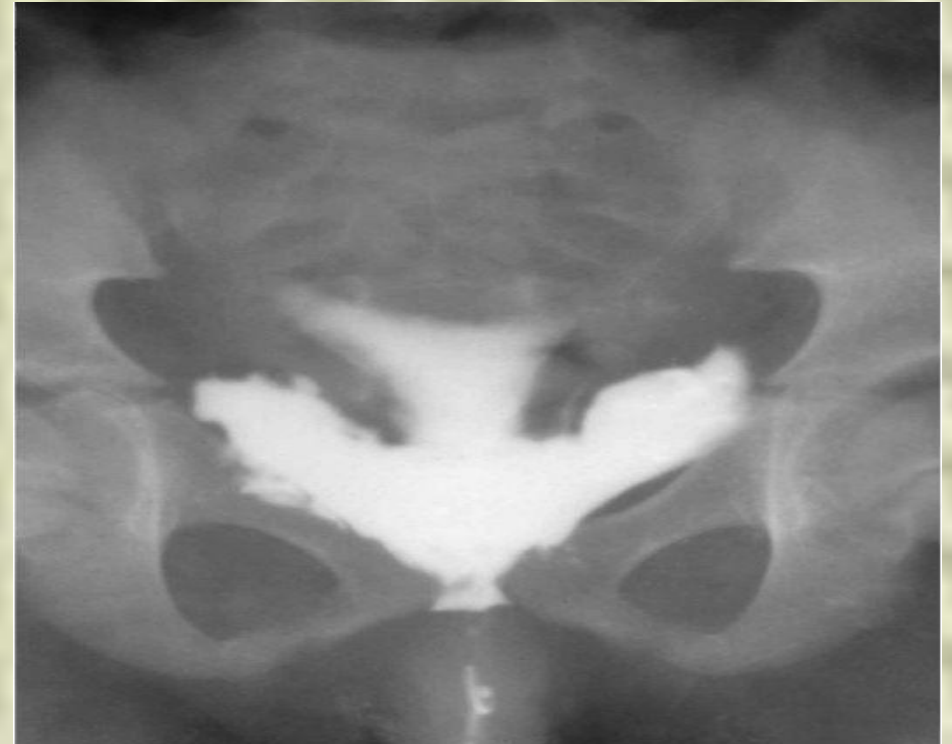
Клінічні прояви

Внутрішньочеревне:

- біль над лобком
- анурія
- ознаки перитоніту
- здуття живота
- симптом «Іван-покиван»

Позаочеревне:

- Біль над лоном і в малому тазу
- гематурія
- шоковий стан
- часті помилкові і хворобливі позиви до сечовипускання
- поява набряклості шкіри в надлобковій області
- зростаюча інтоксикація



Ушкодження сечового міхура

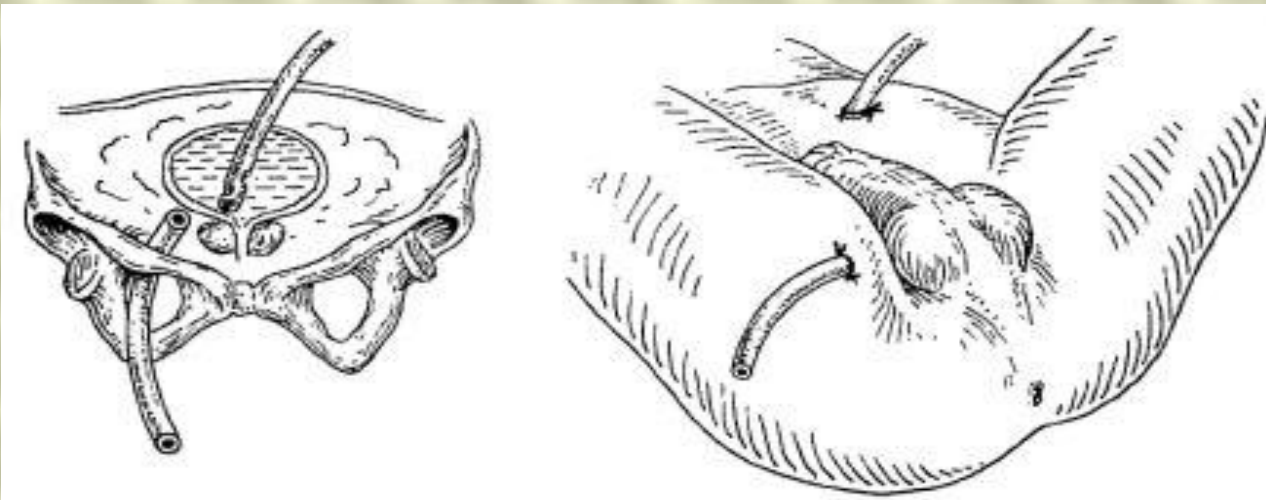
Лікування

При забоях і неповних розривах
можливо консервативне
лікування:

- Постільний режим
- Уросептики і антибіотики
- Гемостатична терапія
- НПЗЗ
- Холодні компреси на живіт
- Катетеризація

Оперативне:

- При повних розривах сечового міхура
- Відновлення цілісності сечового міхура
- Видалення з нього сечі
- Дренування при наявності сечових затьоків (при наявності в малому тазу дренирують по Буяльському-Мак-Уортеру



Ушкодження уретри

Найбільш часто зустрічається у чоловіків

У жінок виникають в результаті пологів і хірургічних травм

- Падіння промежину на твердий предмет.
- Удар в промежину.
- Перелом кісток тазу.
- Укус тварини.
- Введення в уретру чужорідних тіл
- Вогнепальна, ножове поранення.
- Ятрогенні: катетеризація, бужування, цистоскопія

З усіх видів ушкоджень уретри найчастіше трапляються розриви: часткові та повні.

Клінічна картина і діагностика

- Спостерігається різкий біль у промежині, виділення крапель крові з уретри, з'являється гематома в ділянці промежини, мошонки, затримка сечі. Сечовий міхур переповнений і виступає над лобком.
- Діагноз підтверджується під час ретроградної уретрографії.

Лікування.

Оперативне. Полягає в проведенні пластичних операцій після розсмоктування гематоми і сечових набряків.

Ушкодження органів мошонки

Закриті:

- Цілісність мошонки не порушена
- При прямому ударі
- Падінні на твердий предмет
- електротравма

Відкриті:

- різані
- колоті
- рвані

Найчастіше супроводжуються пошкодженням статевого члена, сечівника, сечового міхура і прямої кишки

Клінічні прояви

- Гострий біль (поступово вщухає, але зберігається довго)
- Картина гострого орхіепідіміта
- Гематома, яка може поширитися на статевий член, промежину, внутрішню поверхню стегон і передню стінку живота
- Водянка оболонки яєчка
- неприємність
- блювота
- судоми

Вивих яєчка

Цілісність яєчка не порушена
Відзначається його дислокація в паховий канал, під шкіру живота, промежини, стегна
Може супроводжуватися перекрутом яєчка, для якого характерні розрив білкової оболонки, розвиток циркуляторного некрозу

Ушкодження органів мошонки

Консервативне лікування

При забоях яєчка

Постільний режим
Високе становище мошонки
Носіння суспензорія
холодний компрес
анальгетики
На 5-7 день призначають
фізіотерапію

Хірургічне лікування

Застосовується **ургентне втручання** при пошкодженні білкової оболонки, наростанні набряку, гематоми, рясному кровотечі;
Видалення поверхневих і глибоких гематом, остаточна зупинка кровотечі;
накладення кетгутівих швів на білкову оболонку яєчка, резекцію яєчка, його видалення; приведення яєчка в мошонку і його фіксацію при вивиху, розкручування сім'яного канатика і фіксацію яєчка в нормальному положенні при перекручуванні сім'яного канатика:
зшивання сім'явивідної протоки



Невідкладні стани в урології

- Гематурія
- Ниркова колька
- Гостра затримка сечовипускання
- Гостра ниркова недостатність (ГНН)
- Уросепсис
- Приапізм
- Гострі запальні захворювання
- Парафімоз
- Перекрут яєчка і придатка

Основними завданнями медперсоналу в післяопераційному періоді є:

Попередження виникнення післяопераційних ускладнень - головне завдання, для чого слід:

- вчасно розпізнати післяопераційне ускладнення;
- забезпечити догляд за хворим силами лікаря, медсестер, санітарів (знеболювання, забезпечення життєво важливих функцій, перев'язки, чітке виконання лікарських призначень);
- вчасно надати адекватну долікарську допомогу при виникненні ускладнення.

Основними завданнями медперсоналу в післяопераційному періоді є:

- Моніторинг серцево-судинної та дихальної діяльності, температура, діурез
- Знеболення: наркотичні анальгетики, пролонгована перидуральна анестезія
- Антибактеріальна терапія (в / м, в / в, через мікроірригатор)
- Дезінтоксикаційна терапія (підключичний катетер)
- Парентеральне харчування
- Особливості догляду за урологічними хворими полягають у:
 - призначені лікарем дієти № 7;
 - догляді за пов'язками, дренажами, епіцистостомами і **катетерами**;
 - своєчасному розпізнанні кровотечі, закупорки або зміщенню дренажів, катетерів;
 - зміні катетерів і дренажів;

Домашнє завдання

Самостійна робота:

№1. Новоутворення сечових шляхів

№2. Особливості надання першої допомоги при ушкодженнях сечостатевої органів.

Література

1. О.М. Кіт, О.Л.Ковальчук, Г.Т. Пустовойт « Медсестринство в хірургії» стор. 429-445.
2. О.Л.Ковальчук, Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович « Медсестринство в хірургії» стор.429 - 444.
3. Л. В. Цитовська.«Руководство к практическим занятиям по хирургии» Ст. 308-316.