


Лекция № 3 - 4

Хирургические заболевания мочеполовых органов (урология)

 Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

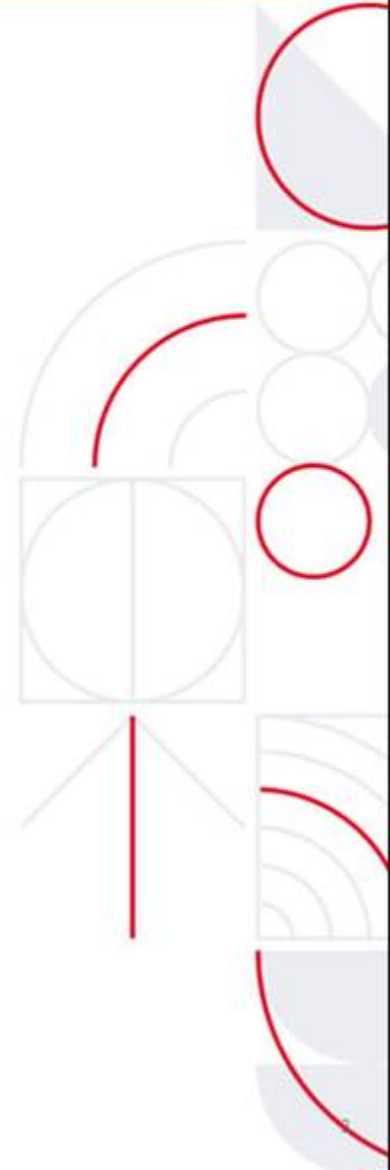
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План практического занятия

1. Повторение материала предыдущей лекции
2. Болевой синдром при заболеваниях почек
3. Нарушение выделения мочи
4. Мочевой синдром
5. Отеки
6. Ренальная гипертензия
7. Почечная колика
8. Острая задержка мочи
9. Анурия
10. Заболевания органов мошонки





Болевой синдром при заболеваниях почек

1. Раздражение нервных окончаний ткани почки. Заболевания, начинающиеся в паренхиме (опухоли, туберкулез, первично-хронический пиелонефрит) в начальных стадиях могут протекать с «малым» болевым синдромом. Боли будут усиливаться и приобретать характер постоянных ноющих, однако интенсивность их невелика.
2. Растяжение капсулы почек при увеличивающемся в объёме органе (гидронефроз). Так как капсула имеет больше нервных окончаний, то болевой синдром связанный с её растяжением более интенсивен, но развивается постепенно.
3. Раздражение рецепторов лоханки инородным телом (камень, не вызывающий затруднения оттока мочи) или воспаление. Если не нарушается отток мочи, боли имеют ноющий, усиливающийся при нагрузках характер.
4. Растяжение мочеточника и ЧЛС при нарушении оттока мочи. Боли высокоинтенсивные и нестерпимые - возникает состояние, известное как почечная колика.

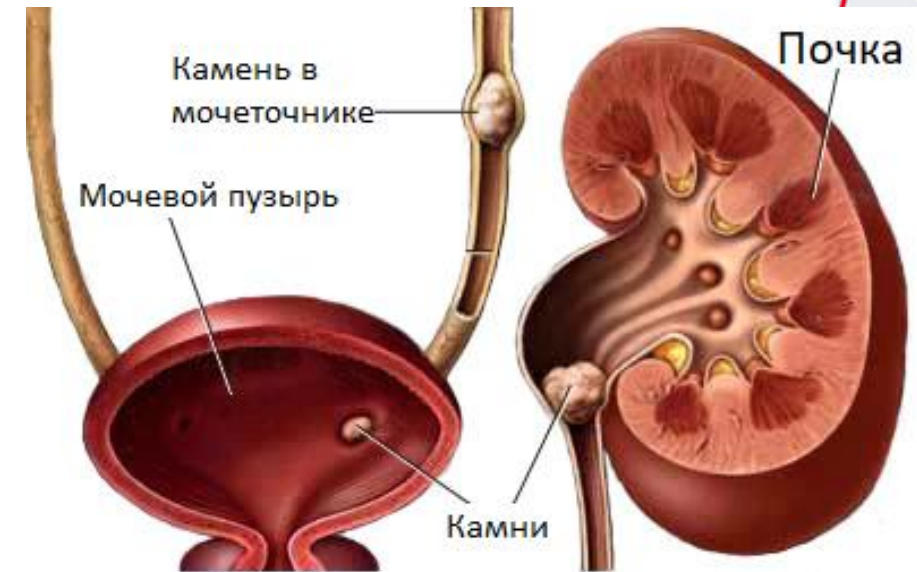


Болевой синдром при заболеваниях почек

Лоханочно-почечные рефлюксы (обратный заброс мочи из лоханки в межуточную почечную ткань) приводят к отёку почки и напряжению капсулы, что поддерживает болевой синдром после купирования острой почечной колики. Если нарушение оттока развивается постепенно, растяжение мочеточника и лоханки также будет идти медленно.

Болевой синдром в виде ноющих болей возникает постепенно и так же постепенно нарастает его интенсивность. Такая ситуация возникает при врожденных дефектах ЛМС, медленно развивающихся сужениях или сдавлении мочеточника,

Кафедра внутренних болезней | дисциплина пропедевтика клинических дисциплин





Болевой синдром при заболеваниях почек

В поясничной ямке, **в углу между XII ребром и прямыми мышцами спины** обычно локализуются боли при заболеваниях почек, расположенных в обычном месте. При нефроптозе или дистопии почки боли будут локализоваться ниже.

Спереди почки занимают **самую латеральную треть подреберья**, поэтому в боковой области живота локализуются боли, связанные с почками при нормальном их расположении. Боли усиливаются при глубокой бимануальной пальпации этой области, особенно в боковом положении больного с подтянутой к животу ногой исследуемой стороны.

В положении больного на спине в ряде случаев при пиелонефрите можно отметить напряжение мышц в боковой области, что свидетельствует о вовлечении в процесс околопочечных тканей и раздражении мышц переднебоковой стенки живота.



Симптом Пастернацкого

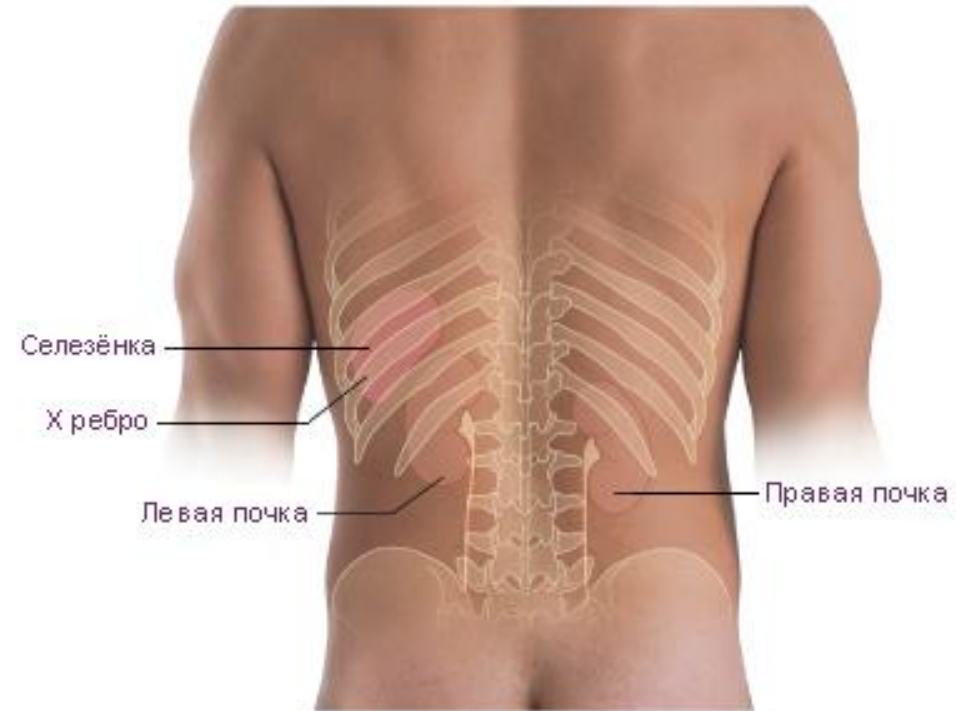
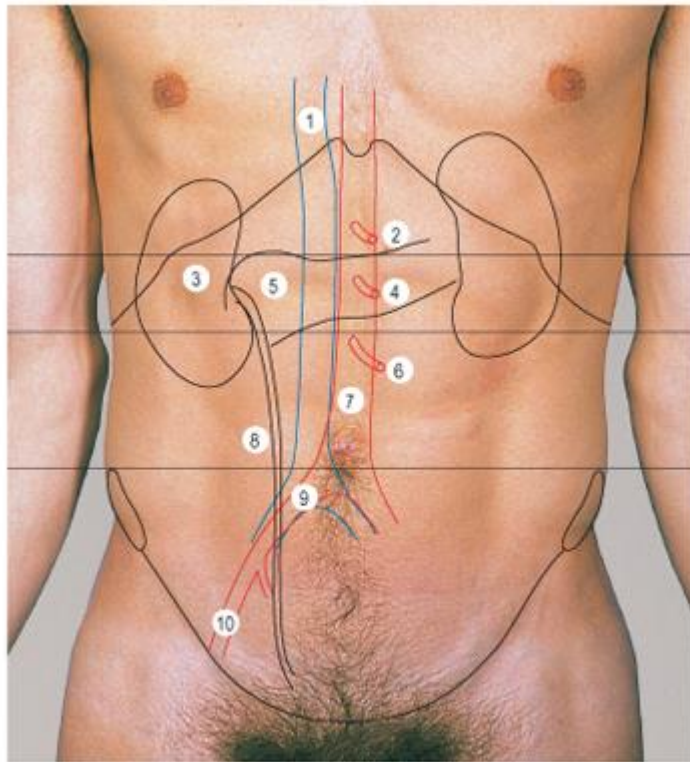
Боли усиливаются при поколачивании по XII ребру и при толчках кистью в поясничную ямку.

Симптом поясничного толчка выявляется при нанесении быстрыми сгибательными движениями пальцев кисти толчков в зоне костовертебрального угла, где почка ближе всего прилегает к поверхности тела. При больной почке пациент ощущает боль.

Симптом Пастернацкого (поколачивания) вызывают поколачиванием по пальцу, расположенному на XII ребре, т.е. по зоне, непосредственно проецирующейся на почку. Боль, возникающую при этом, с большой долей вероятности можно относить к почке, чего нельзя сказать о боли, возникающей при поколачивании кулаком по всей кисти, уложенной в поясничной области без ориентировки на XII ребро.



Проекция почек





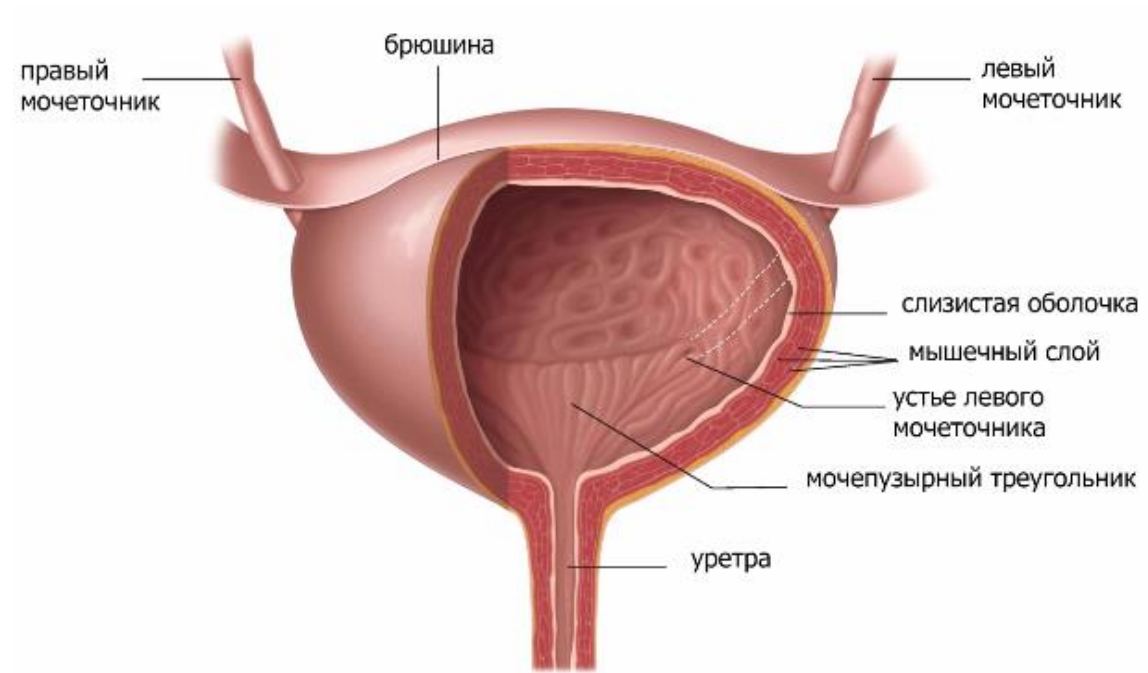
Боли в мочевом пузыре

- Усиление боли в конце мочеиспускания характерно для поражения шейки мочевого пузыря и треугольника, так как именно на эту зону приходится заключительное давление детрузора. Камни и инородные тела по мере опорожнения мочевого пузыря перемещаются в область шейки мочевого пузыря и также вызывают усиление болей в самом конце мочеиспускания. Боли, вызванные заболеваниями шейки мочевого пузыря обычно иррадиируют в половой член и по ходу уретры вплоть до головки.
- Сильные боли над лоном, сопровождающиеся отсутствием мочеиспускания, связаны с ОЗМ и могут распространяться на весь живот. В остальных же случаях боли локализуются непосредственно над лобком или даже за лобком по средней линии.



Боли в мочевом пузыре

Болевой синдром, связанный с заболеваниями мочевого пузыря имеет достаточно четкую локализацию, в большинстве случаев связан с фазами наполнения и опорожнения мочевого пузыря и сопровождаются различными расстройствами мочеиспускания и мочевым синдромом. Эти характеристики позволяют достаточно четко дифференцировать «пузырные боли» от других болей внизу живота.



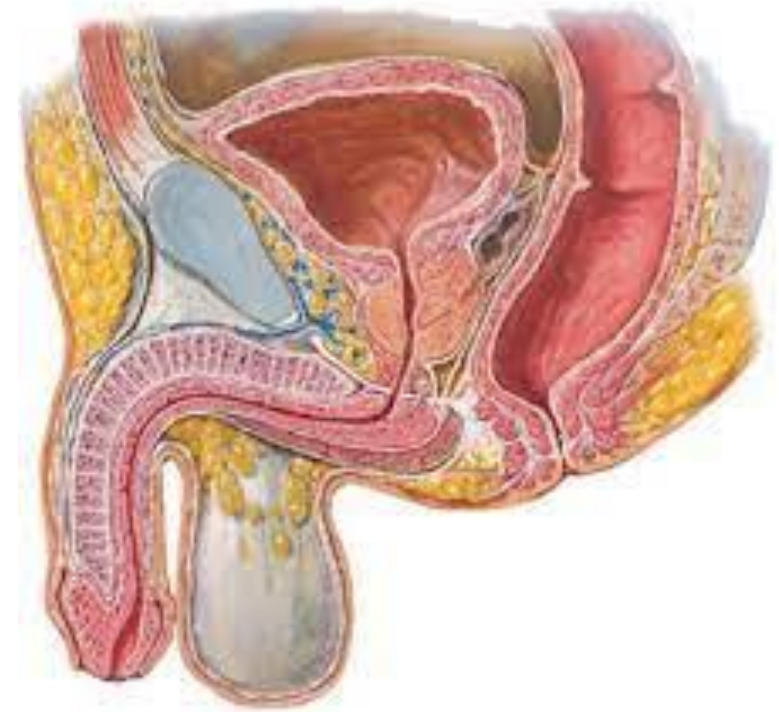


Боли при заболевании предстательной железы

Расположение предстательной железы и семенных пузырьков в глубине таза, их плотная связь с шейкой мочевого пузыря и прямой кишкой полностью исключают возможность изолированной симптоматики, что значительно усложняет первичную идентификацию симптомов и установление связи с патологией этих органов.

Выраженность болевого синдрома может быть разнообразной.

Боли могут быть настолько интенсивными, что их характеризуют как рвущие, жесточайшие (при РПЖ), их сравнивают с ощущением раскаленного предмета в прямой кишке (при остром простатите и абсцессе).





Боли при заболевании предстательной железы

- При болезнях предстательной железы и семенных пузырьков имеются указания в анамнезе на перенесенные в прошлом уретриты, циститы и простатиты, снижении потенции и нарушении полового акта, усилении болей после полового акта, эректильная дисфункция.
- Острые боли в прямой кишке, крестце и промежности, которые возникают на фоне высокой температуры и ознобов, сопровождающиеся нарушениями мочеиспускания, вплоть до ОЗМ, более характерны для острого паренхиматозного простатита или абсцесса простаты.
- Постоянные, ноющие, изматывающие боли в крестце, прямой кишке, в промежности, над лоном, заставляющие больных постоянно концентрировать на них внимание, нарушения мочеиспускания и эректильная дисфункция типичны для хронического простатита, камней и склероза простаты.



Нарушение выделения мочи

Полиурия - патологическое увеличение суточного диуреза (мочи более 2 литров). Моча имеет низкую относительную плотность (1002-1012). При сахарном диабете моча имеет высокую относительную плотность. Полиурия сопровождается учащенным мочеиспусканием, но каждый раз выделяется большое количество мочи.

Олигурия - патологическое снижение суточного диуреза (менее 500 мл.)

Анурия - полное или почти полное прекращение выделения мочи почками или прекращение поступления мочи в мочевой пузырь из-за обструкции мочеточников.

Увеличенное выделение мочи ночью (**никтурия**) может быть одним из первых симптомов скрытой сердечно-сосудистой недостаточности. Ночной диурез увеличивается за счет более благоприятных условий для работы сердца ночью и улучшения почечного кровотока.

Анурия

Преренальная анурия возникает при нарушении кровообращения на допочечном уровне, сопровождающемся резким падением артериального давления независимо от генеза и при тромбозе почечных артерий.

Ренальная, или секреторная анурия может возникать на фоне самых разнообразных экзогенных и эндогенных интоксикаций и травм (отравления, синдром разможнения, септические состояния, гангренозный панкреатит, перитонит и т. д.), когда имеет место некроз почечного эпителия.

Постренальная или экскреторная анурия чаще всего возникает при двухсторонней обструкции мочеточников или при нарушении оттока мочи из единственной почки. При восстановлении оттока мочи (катетеризация мочеточника, нефростомия, отхождение камня) она имеет благоприятный прогноз, так как почки во время обструкции выделяли мочу, но она всасывалась обратно через систему форникальных рефлюксов.

Нарушение мочеиспускания

Нарушения со стороны выведения мочи (мочеиспускания) часто объединяют в единый синдром — дизурия. Это расстройство мочеиспускания без расшифровки нарушений с тех составляющих, которые входят в акт мочеиспускания (удержание мочи, частота, скорость, полнота, комфортность, управляемость).

- поллакиурия (учащенное мочеиспускание),
- странгурия (затрудненное, вплоть до задержки, мочеиспускание),
- недержание мочи.

В узком смысле под дизурией подразумевают учащенное и болезненное мочеиспускание.

Поллакиурия (учащенное мочеиспускание)

Частое мочеиспускание - это чаще чем 1 раз в 2 часа более 8 раз за дневной период и более 1 раза за ночной период времени. Частота мочеиспускания формируется на основе двух факторов: количества выделяемой (и выводимой) мочи и емкости мочевого пузыря. Увеличение количества мочи при заданной (неизменной) емкости мочевого пузыря, так и уменьшение емкости МП при нормальном количестве мочи будут одинаково проявляться учащенным мочеиспусканием.

Истинная поллакиурия связана, во-первых, со сморщиванием мочевого пузыря в результате хронического воспаления. Внешне проявляется, прежде всего, уменьшением разовых порций мочи.

Позывы возникают при строго определенном наполнении. Частота одинакова днем и ночью. При достижении предела растяжимости возникает боль, позыв удерживается с большим трудом и больной должен помочиться.

Поллакиурия (учащенное мочеиспускание)

Истинная поллакиурия связана со снижением функциональной емкости МП из-за повышения раздражимости рецепторов МП, что связано с циститом, начальными формами туберкулеза и опухолей мочевого пузыря. Отличительные особенности: наличие мочевого синдрома в виде пиурии или гематурии.

Возможные причины при цистите: охлаждение, перенесенные перед этим воспалительные заболевания других органов, у женщин - гинекологические заболевания. Поллакиурия при цистите сопровождается резью при мочеиспускании и болью на пике наполнения мочевого пузыря.

Болезненное мочеиспускание

Формирование болевого синдрома перед мочеиспусканием, связано с поражением несеечной части МП (воспаление, язва, опухоли с прорастанием стенки, рубцовое сморщивание). Боль при патологии этого отдела МП будет сохраняться и в ходе мочеиспускания, когда мочевого пузыря активно сокращается.

Боли вначале и при мочеиспускании по ходу уретры связаны с её патологией (воспаление, опухоль и др...).

Боль в конце мочеиспускания связана с раздражением воспаленной или пораженной опухолью шейки МП и прилегающих к ней предстательной железы и задней уретры. Такой же механизм при камнях и инородных телах мочевого пузыря.

Затруднённое мочеиспускание

Затрудненное мочеиспускание встречается в основном, у мужчин. При этом возникают жалобы на вялую, не подчиняющуюся натуживанию струю мочи, затрудненное начало мочеиспускания. Струя мочи становится тоньше, она вялая, разбрызгивается, прерывистая, мочеиспускание более длительное, не приносит в конце чувства полного опорожнения мочевого пузыря. Над лобком или за лобком остается чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. При опухолях к затрудненному мочеиспусканию очень быстро присоединяется болезненность, особенно в конце мочеиспускания. Камни и инородные тела вызывают прерывистую струю мочи, наблюдается заклинивание струи мочи, а также боли в конце мочеиспускания.

Синдром затрудненного мочеиспускания возникает вследствие увеличения уретрального сопротивления (инфравезикальная обструкция) и/или уменьшением изгоняющей силы детрузора (пузырные причины) или имеется их комбинация.

Затруднённое мочеиспускание

Внутриуретральные факторы: стеноз наружного отверстия уретры, врожденные клапаны и приобретенные стриктуры, дивертикулы, опухоли и камни уретры, контрактура шейки МП, гипертрофия семенного бугорка. Воспалительные стриктуры уретры обычно возникают в области наружного отверстия уретры при фимозе и баланопоститах, при гипоспадии и как следствие ИППП.

Внеуретральные причины затрудненного мочеиспускания: ДГП и РПЖ, острый простатит, склероз предстательной железы. При этом характерно сочетание затрудненного мочеиспускания с учащенным, особенно в ночное время.

Пузырные причины могут быть механические: склероз, опухоль шейки и камни мочевого пузыря. При склерозе шейки затрудненное мочеиспускание наблюдается днем и ночью, болезненности нет. При дивертикуле оно сопровождается симптомом мочеиспускания в два приема, при камнях и пришеечных опухолях - симптомом заклинивания.

Затруднённое мочеиспускание

Спектр заболеваний, приводящих к затруднению мочеиспускания у женщин - другой. Это склероз дистальной части уретры, полипы уретры, сдавление уретры опухолями, исходящими из матки и придатков, рак уретры. У пожилых женщин, особенно многорожавших, причиной затрудненного мочеиспускания может быть девиация уретры, вызванная сильным опущением матки и стенок влагалища. Способствует правильному диагнозу осмотр и исследование уретры бужами и женских половых органов в зеркалах.

Урофлоуметрия

Урофлоуметрия — измерение скорости и времени мочеиспускания.

Для этого нужен секундомер и мерный сосуд.

Пациент мочится в мерный сосуд и отмечает время мочеиспускания в секундах.

Делением объема мочи на число секунд определяют объемную скорость мочеиспускания, которая в норме колеблется от 15 до 25 мл/сек у женщин и от 15 до 20 мл/сек у мужчин. Результат считается достоверным при количестве выведенной мочи не ниже 150 мл.



	Норма
	Незначительная инфравезикальная обструкция
	Склероз шейки мочевого пузыря
	Стриктура уретры
	Сфинктерно-детрузорная диссинергия
	Нарушение иннервации мочевого пузыря. Пики скорости связаны с напряжением передней брюшной стенки
	Сфинктерное недержание мочи

Задержка мочи

ХЗМ проявляется чувством неполного опорожнения мочевого пузыря, незавершенностью акта мочеиспускания, чувством неудовлетворенности мочеиспусканием, отсутствием активного заключительного сокращения пузыря и уретры, выбрасывающего весь остаток мочи. Пальпируется и определяется перкуторно МП.

Наличие и количество остаточной мочи можно определить разными методами: катетеризацией мочевого пузыря после мочеиспускания и неинвазивно с помощью УЗИ. Остаточная моча в количестве более 150-200 мл. является свидетельством неэффективности консервативного лечения и необходимости направления больного к урологу для принятия других лечебных мероприятий.

При прогрессировании ХЗМ притупляется позыв на мочеиспускание, а при полной задержке нет позыва и моча постоянно капает.



Недержание мочи

Энурез - ночное недержание мочи. При этом недержания мочи как такового нет. Больные (чаще это дети и юноши) хорошо чувствуют позыв, в бодром состоянии хорошо удерживают мочу, однако во сне происходит непроизвольное неконтролируемое мочеиспускание в постель. Уролог обычно исключает урологическую патологию. Однако обследование традиционными методами редко выявляет какие-либо местные изменения со стороны мочевого пузыря и уретры. Имеет место незаторможенный, гиперрефлекторный мочевой пузырь при слабости коркового компонента рефлекса на произвольное мочеиспускание. С возрастом у многих больных энурез проходит самостоятельно.

Данное состояние так же возникает после тяжелых и осложненных родов. Причиной является ослабление сфинктерного аппарата мочевого пузыря, уретры, мышц тазового дна и промежности.

Гематурия

Фильтрационный барьер почки в норме непроницаем для эритроцитов. Содержание в суточном количестве мочи до 1 млн. эритроцитов свидетельствует о том, что и в естественных условиях существуют какие-то, пусть и самые минимальные, возможности их проникновения в просвет капсулы. Этот уровень принят за норму.

Для выяснения источника гематурии применяется трехстаканная проба, которая может выявить кровь только в первой порции мочи (начальная гематурия) или во всех порциях мочи (тотальная гематурия) или кровь появляется только в конце мочеиспускания (терминальная гематурия). Отличается от данных состояний уретроррагия - выделение крови из уретры вне акта мочеиспускания.

Отёки

Отёки при урологических заболеваниях возникают уже на стадии ХПН, на фоне длительного «урологического» анамнеза и в качестве первичных жалоб и первых проявлений урологических заболеваний выступают очень редко.

Отечный почечный синдром, как правило, не бывает изолированным и не может возникать при здоровых почках. Если он имеет почечный генез, то всегда можно найти сопутствующие ему «мочевой» синдром и нарушения функции почек. Даже такие простейшие рутинные исследования как ОАМ, проба Зимницкого, биохимическое исследование крови на мочевины и креатинин, исследование на скрытую пиурию могут выявить изменения плотности мочи, лейкоцитурию, протеинурию, повышение содержания в сыворотке крови мочевины, остаточного азота, креатинина.



Ренальная гипертензия

Среди больных с высоким артериальным давлением в 20% случаев имеются заболевания почек и почечных сосудов, в 5% случаев заболевания надпочечников и гипофиза. Для нефрогенной гипертензии более характерно злокачественное течение, проявляющееся высоким систолическим и особенно диастолическим артериальным давлением, быстрым развитием осложнений со стороны сердца в виде расширения границ и со стороны глазного дна в виде ангиопатии вплоть до отслойки сетчатки. Такое тяжелое течение наблюдается при нефрогенной гипертензии во много раз чаще, чем при гипертонической болезни.

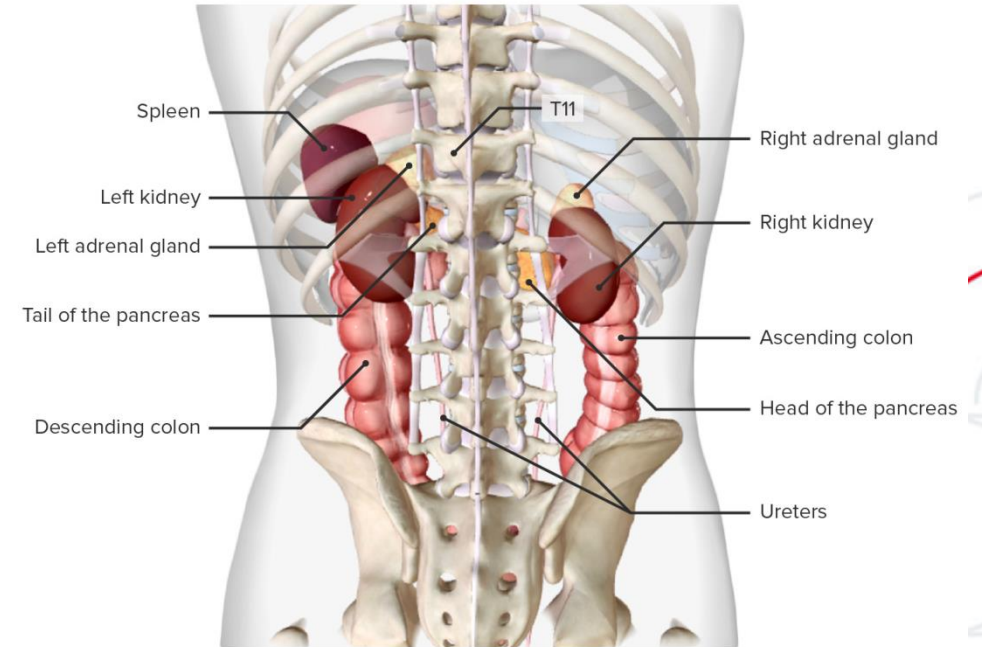
Нефрогенная гипертензия возникает на фоне таких заболеваний, как пиелонефрит, особенно рецидивирующий с переходом в нефросклероз, МКБ, гидронефроз, нефроптоз, поликистоз, гипоплазия почки, опухоль, сужение почечных сосудов.

Травма почки

1. боли в соответствующей половине поясницы, положительный симптом Пастернацкого
2. наличие припухлости в этой области
3. гематурия.

Тяжёлые разрывы почки с образованием обширной околопочечной гематомы сопровождаются выраженными признаками геморрагического шока (тахикардия, падение артериального давления).

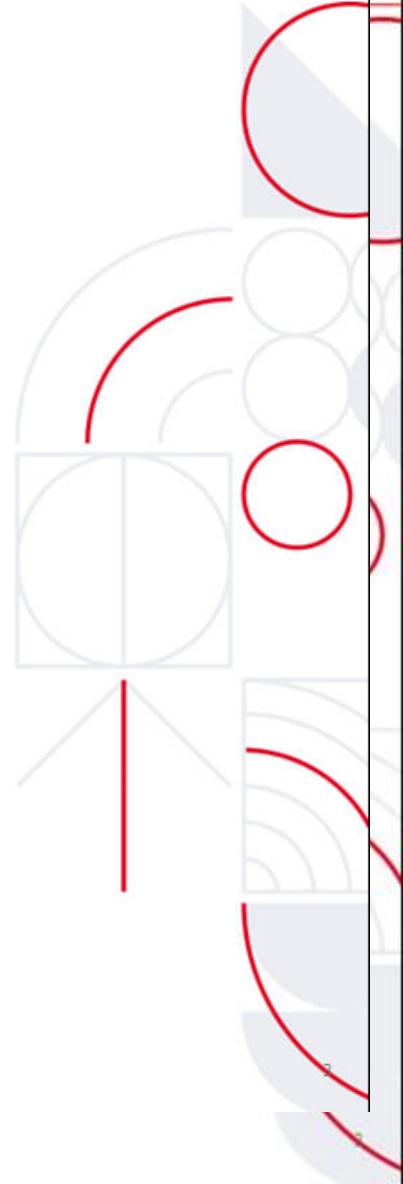
При ушибе почки отмечаются незначительные боли в пояснице и микрогематурия.





Забрюшинная гематома

- появляются острые боли в животе;
- явления пареза, рвота, задержка стула и газов;
- при пальпации живота – умеренное напряжение брюшной стенки и инфильтрат;
- положительный симптом Джойса (перкуторно определяемая тупость в боковом отделе живота, не смещающаяся при поворачивании больного на бок);



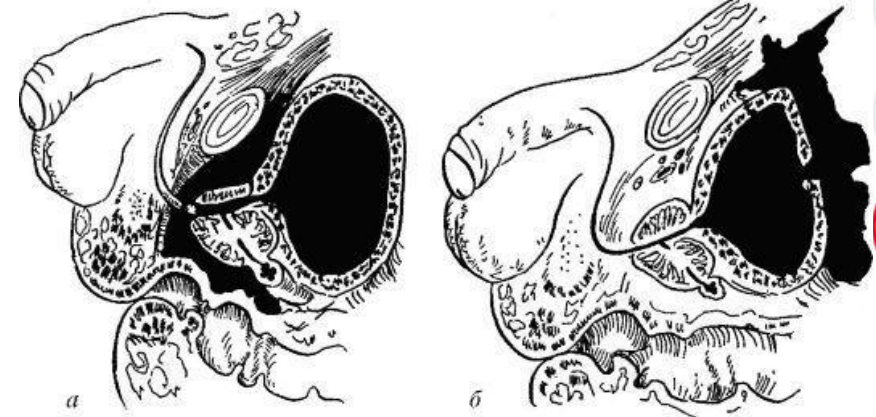
Повреждения мочевого пузыря

Основными клиническими проявлениями являются боли внизу живота,
макрогематурия и частые, порой бесплодные, позывы на мочеиспускание.

При внебрюшинных разрывах мочевого пузыря определяется выраженная болезненность при пальпации передней брюшной стенки над лоном.

При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря на фоне картины разлитого перитонита определяется притупление в отлогих частях живота, больной не может самостоятельно помочиться.

Клиника внутренних болезней | дисциплина пропедевтика клинических дисциплин





Почечная колика

- В 40-50% причиной почечной колики является МКБ. Это может быть камень почечной лоханки небольших размеров, легко изменяющий свое положение при движении больного и остро нарушающий выделение мочи из лоханки.
- Причиной почечной колики может быть и тромбоз сосудов почки, обтурация мочеточника сгустком крови, фибрина, отхождение песка и другие факторы, остро нарушающие отток мочи из почки.
- Возникновение острого болевого синдрома возможно при нефроптозе, когда ротация и резкое смещение почки вниз в положении стоя приводит к нарушению её гемодинамики.
- Редко почечная колика возникает при сдавлении мочеточника опухолевым или воспалительным процессом в забрюшинном пространстве, равно как и при сдавлении интрамурального отдела мочеточника при опухоли мочевого пузыря и предстательной железы.



Почечная колика

- Почечная колика – состояние, вызываемое нарушением оттока мочи из полостной системы почки, проявляющееся нарушением работы органа и выраженным болевым синдромом.
- Патологическое состояние может возникнуть на фоне пиелонефрита, спазма лоханочно-мочеточникового сегмента, при гинекологических заболеваниях, ретроперитонеальном фиброзе, онкологических заболеваниях, туберкулезе почек, травмах, аллергических состояниях.
- Наиболее частой причиной данного состояния является мочекаменная болезнь, которая характеризуется образованием камней в почках. При их миграции в нижележащие отделы мочевой системы возможно перекрытие мочеточников. При этом происходит увеличение гидростатического давления в лоханках, чашечках, нарушается микроциркуляция.



Почечная колика

Под почечной коликой подразумевают патологическое состояние, обусловленное острой обструкцией мочеточника, которое характеризуется:

- Внезапной сильнейшей схваткообразной болью в поясничной области, несколько ниже и сзади от реберной дуги, распространяющиеся по ходу мочеточника с иррадиацией в мошонку, головку полового члена, бедро, половые губы.
- Почечная колика часто сопровождается тошнотой, рвотой, вздутием живота, нарушением мочеиспускания.
- Характерным является то, что нет такой позы, при которой болевые ощущения стали бы меньше. Боль столь интенсивна, что больной мечется, не находя себе места, кричит и стонет.

Почечная колика

В большинстве случаев надавливание выявляет наибольшую болезненность в области косто – вертебрального угла, в месте между длинными мышцами спины и краем XII ребра.

Наличие этой болезненной зоны подтверждает предположение о почечной колике, но отсутствие болевых ощущений не исключает заболевания почек.

Иногда в ранней стадии, особенно при камне мочеточника, наибольшая болезненность в первые 1,5-2 часа отмечается в соответствующей половине живота и подреберье. Лишь потом боль локализуется в поясничной области. Иногда пальпация в области подреберья, ощупывание поясничной области при положении больного на спине не выявляют болезненных зон. Если посадить больного и произвести легкое поколачивание по краю реберной дуги, по заднее - подмышечной или лопаточной линиям, это выявляет болезненность.



Почечная колика

- начало заболевания острое, внезапное; наличие подобных приступообразных болей в прошлом;
- боли локализуются в поясничной области, довольно интенсивные, приступообразные;
- иррадиируют боли в паховую область, переднемедиальную поверхность правого бедра, в наружные половые органы;
- нередко наблюдается расстройство мочеиспускания и мочеотделения: дизурия, олигурия, полиурия, иногда даже анурия;
- больные ведут себя беспокойно, принимают различные позы, быстро поднимаются в постели;
- язык влажный, слегка сохнет;
- живот мягкий, умеренно, а иногда значительно вздут;

Почечная колика

Пальпация при почечной колике может выявить вздутие живота, диффузное ложное напряжение мышц. Иногда выявляется болезненность в заинтересованной половине живота. При обструкции мочеточника камнем и явлениях периуретерита наибольшая болезненность при ощупывании определяется в зоне мочеточника, где локализуется камень. Как правило, при почечной колике не наблюдаются симптомы раздражения брюшины. Явления перитонизма нестойки, и динамическое наблюдение за больным позволяет дифференцировать истинное и ложное раздражение брюшины. При аускультации брюшной полости всегда прослушивается перистальтика кишечника.

В ряде случаев почечную колику принимают за патологический процесс, происходящий в брюшной полости. Это приводит к тому, что больные, страдающие камнями правой почки или мочеточника иногда подвергаются аппендэктомии.

Почечная колика

Для почечной колики характерна гематурия. Отсутствие её не исключает почечную колику, поскольку при обструкции мочеточника моча может не поступать из пораженной почки и не определяться в ОАМ. Однако наличие одной микрогематурии без других данных недостаточно для диагностики почечной колики, так как микрогематурия может наблюдаться при тазовом расположении воспаленного червеобразного отростка, при скользящих грыжах мочевого пузыря, тяжелых интоксикациях, обусловленных патологическим процессом в брюшной полости (токсический нефрит).

При почечной колике обычно отмечается брадикардия. Тахикардия более характерна для заболеваний органов брюшной полости. Часто больные с почечной коликой отмечают сухость во рту, но язык остается влажным.

Почечная колика

- при пальпации болезненность без четкой локализации. При бимануальной пальпации почки болезненность более выражена, может появиться напряжение, при наличии выраженной обтурации мочеточника можно пальпировать увеличенную почку;
- болезненность при давлении на XII ребро;
- положительный симптом Пастернацкого;
- положительный симптом Лорин –Эпштейна (появление или усиление болезненности, возникающей при подтягивании яичка);
- в анализах мочи – свежие эритроциты;





Первая помощь при почечной колике

- тёплая грелка на поясничную область;
- общая ванна с температурой 38–39 °С;
- спазмолитики в таблетках или инъекциях (папаверин, платифилин, максиган, спазмалгон и т.д.);
- литокинетики (ависан, цистенал, уролесан и др.);
- орошение хлорэтилом поясничной и крестцовой области, зоны почек и по ходу мочеточника;
- новокаиновые блокады (околопочечная по Вишневскому, внутритазовая по Школьникову, семенного канатика или круглой связки по Лорин –Эпштейну).
- все больные с почечной коликой должны быть госпитализированы и подвергнуты детальному урологическому обследованию.



Острая задержка мочеиспускания

Характеризуется бесплодными позывами к мочеиспусканию и «припухлостью» над лоном, определяемой перкуторно или пальпаторно, часто видимой на глаз. Возникают боли над лоном и в промежности, появляется озноб, холодный пот, иногда распирающие боли в поясничной области.

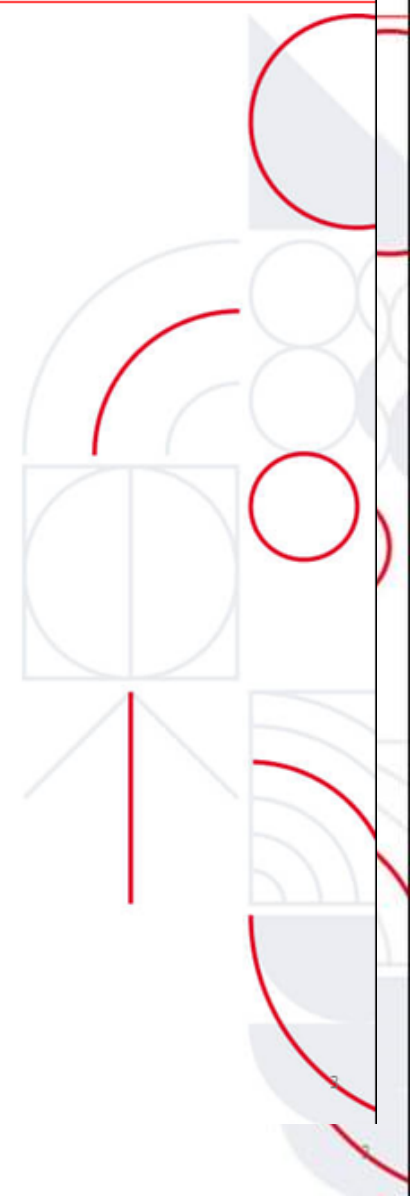
Первая помощь:

- для снятия спазма ввести препараты, применяемые при почечной колике;
- полусидячая тёплая ванна (38–39 °С) в течение 30–60 минут, которую можно заменить грелкой на промежность и мочевого пузыря;
- поставить очистительную клизму;
- при отсутствии эффекта катетеризации резиновым или пластмассовым катетером



Острый пиелонефрит

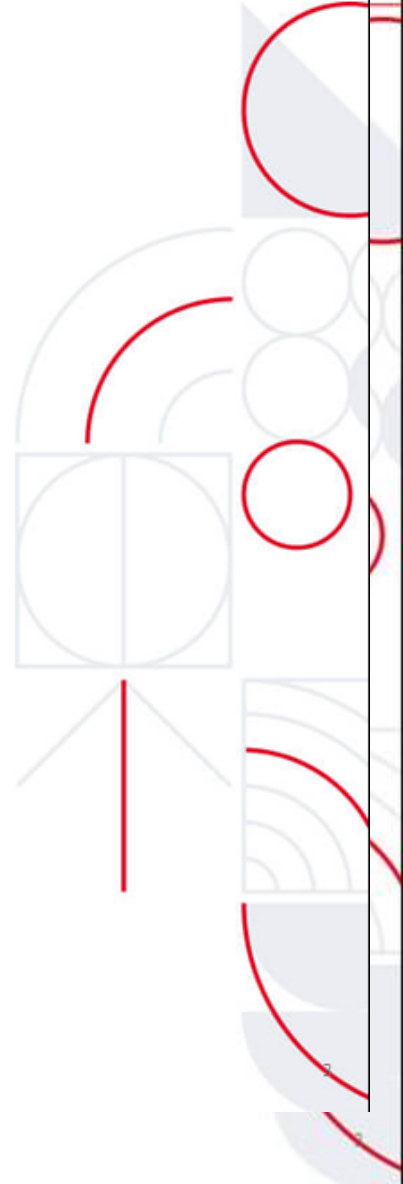
- интенсивные боли в поясничной области;
- высокая температура, ознобы;
- тошнота, рвота;
- дизурические явления;
- беспокойное поведение, слабость;
- при бимануальной пальпации – болезненность в области почки, напряжение мышц в пояснично-подреберной области, пальпация увеличенной почки;
- положительный симптом Пастернацкого;
- изменения в моче (мутность, слизь, песок или камни, эритроциты, лейкоциты);





Инфаркт почки

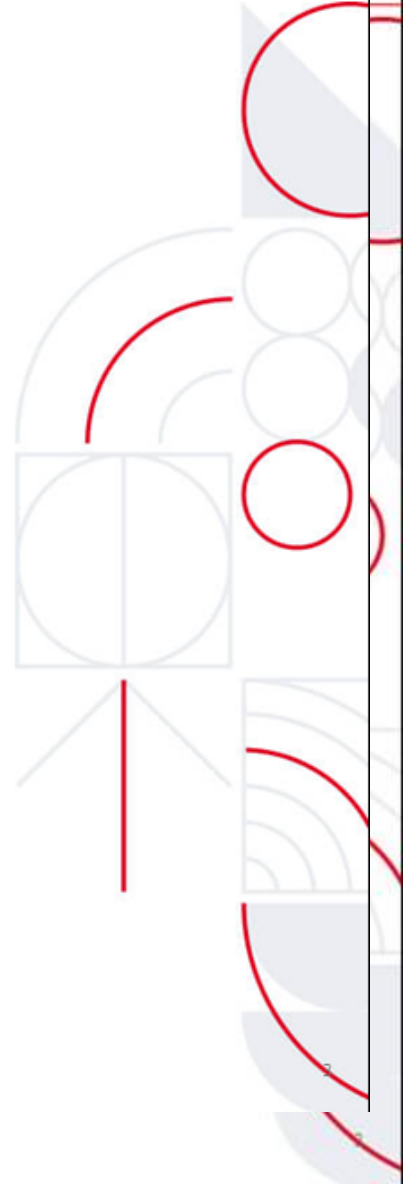
- сильные боли в животе и поясничной области;
- беспокойное поведение больного;
- тахикардия;
- повышение температуры, озноб;
- живот напряжён, болезненный, особенно в области почки;
- положительный симптом Пастернацкого;
- олигоурия, гематурия, альбуминурия;





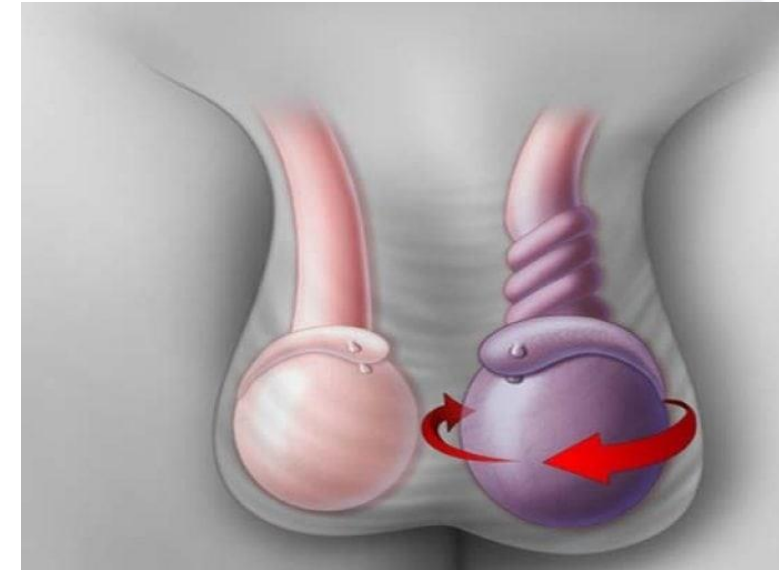
Инфаркт почки

- сильные боли в животе и поясничной области;
- беспокойное поведение больного;
- тахикардия;
- повышение температуры, озноб;
- живот напряжён, болезненный, особенно в области почки;
- положительный симптом Пастернацкого;
- олигоурия, гематурия, альбуминурия;



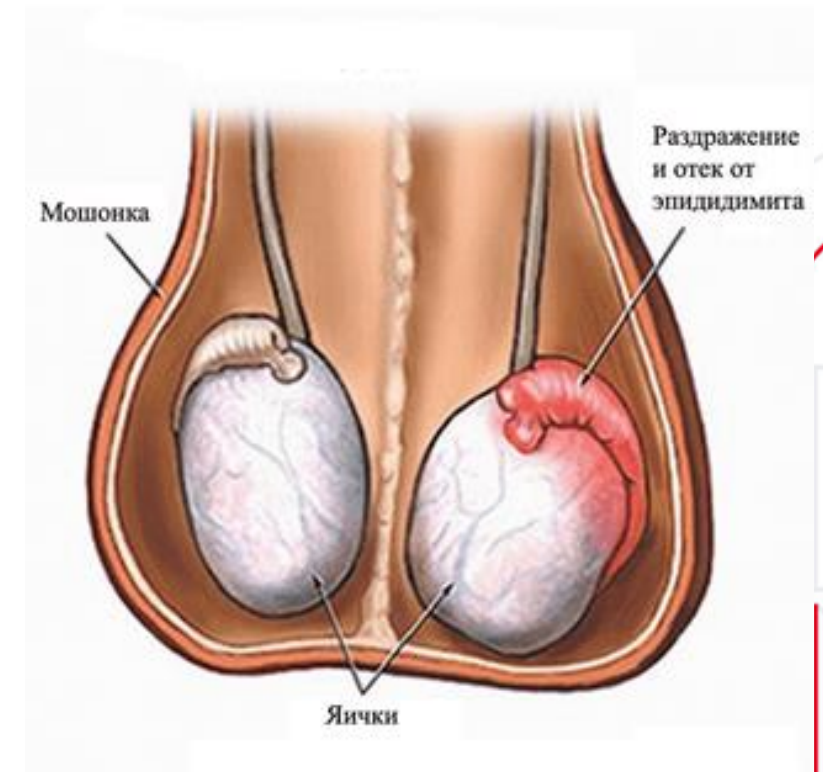
Острые заболевания мошонки

Клиническая картина **перекрута семенного канатика** у детей развивается стремительно и бурно. После прыжка, поднятия тяжести, бега, а иногда и без всякой видимой причины возникает резкая боль в мошонке, отдающая в пах и подвздошную область по ходу семенного канатика, кожа мошонки краснеет и отекает, яичко увеличивается и становится резко болезненным. Поведение ребенка становится крайне беспокойным. Сходную картину могут давать перекрут гидатид и острый орхоэпидидимит. Однако дифференциальный диагноз крайне труден. Во всех этих случаях будет правильнее руководствоваться наличием синдрома «острой мошонки», требующим неотложного хирургического вмешательства.



Острые заболевания мошонки

Острый орхоэпидидимит также начинается с сильных болей в мошонке, с отека и припухлости тканей мошонки, резко усиливающейся болезненности при попытках пальпации яичка. В отличие от перекрута семенного канатика острые воспалительные заболевания чаще встречаются у молодых людей и лиц среднего возраста. Болевой синдром сопровождается повышением температуры тела, быстрым вовлечением в процесс кожных покровов.



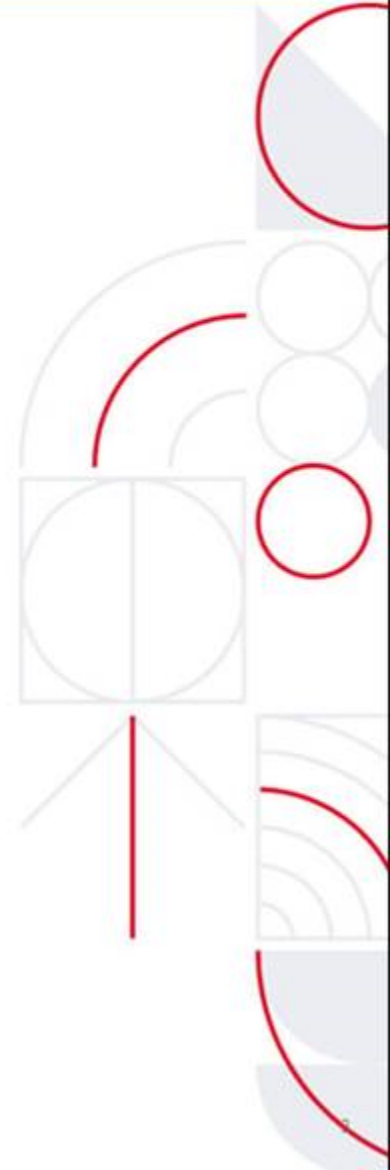
Фимоз и парафимоз





Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



Спасибо за внимание!

