

## **Тема самостійної роботи: «Невідкладні стани при захворюваннях і ушкодженнях органів сечової і статеві системи».**

Навчальна дисципліна: «Невідкладні стани в хірургії».

Зміст навчального матеріалу: невідкладні стани, що виникають у хворих з нирковою колікою, пієлонефритом, піонефрозом, паранефритом, гострою затримкою сечі, парафімозом, травмами органів сечової системи. Причини виникнення, клінічна картина, діагностика, обсяг невідкладної медичної допомоги, лікування. Особливості транспортування хворих з невідкладними станами при гострих захворюваннях та ушкодженнях органів сечової системи.

Кількість годин: 4.

### ***Очікувані результати:***

По завершенні опрацювання самостійної роботи з теми здобувачі освіти знатимуть:

#### **1. Ниркова коліка.**

Ниркова коліка (НК) є одним з найчастіших проявів сечокам'яної хвороби.

**Етіологія та патогенез.** НК виникає внаслідок:

обтурації сечових шляхів (каменем, кров'яним згустком, злуцтеним сосочком, казеозними та некротичними масами, перегиною сечовода);

органічного або функціонального звуження та зовнішнього перетискання сечових шляхів;

(пухлини, гіпертрофія простати, фіброз, що виникає після травми, вроджені нервово-м'язові дефекти).

Виникають спастичні скорочення сечовода, затримка сечі в нирковій мисці та її розтягнення; ці два чинники обумовлюють біль.

#### **Діагностика.**

Приступ ниркової коліки виникає раптово у вигляді гострого, нестерпного болю у поперековій ділянці. Інколи йому може передувати наростаючий дискомфорт у ділянці нирок. Коліку провокують ходьба, тряска їзда, фізичне навантаження, надмірне вживання рідини, може виникати і в спокої. Інтенсивність болю швидко наростає, хворий стогне, тримаючись за уражений бік, поводиться неспокійно, намагається зайняти зручне положення. Біль іррадіює вздовж сечовода до низу живота, у пахвинну ділянку, статеві органи, зрідка - в епігастральну ділянку, лопатку або поширюється по цілому животі. У разі локалізації болю з правого боку (якщо у хворого не видалений червоподібний паросток) потрібно бути дуже уважним, щоб не пропустити гострого апендициту.

Приступ кольки супроводжується загальною слабкістю, неспокоєм, серцебиттям, сухістю в роті, спрагою, нудотою, повторним блюванням, метеоризмом, підвищенням температури тіла, остудою, дизурією. Чим нижче опускається камінь уздовж сечовода, тим сильніше виражені дизуричні явища. Тривала ниркова коліка може супроводжуватись підвищенням артеріального тиску.

Пальпаторно виявляють болі в поперековій ділянці. Інколи вдається прощупати збільшену болючу нирку. Симптом Пастернацького у разі ниркової коліки позитивний.

Приступ припиняється після виходу каменя в сечовий міхур. Інколи камінь проходить по сечовипускному каналі і виводиться назовні. Після закінчення приступу в сечі виявляють підвищену кількість еритроцитів і лейкоцитів. Для правильного діагнозу треба брати до уваги дані анамнезу: наявність у хворого попередньо приступів ниркової коліки.

Тривалість коліки вимірюють хвилинами, годинами, інколи днями. Частота приступів різна: від кількох за місяць до одного за кілька років.

Під час ниркової коліки може виникати анурія (рефлекторно або внаслідок двобічного закупорення сечоводів) і розвиватися гостра ниркова недостатність (ГНН), яка характеризується тим, що симптоми уремічної інтоксикації наростають значно повільніше. Це дає підстави для очікувальної тактики в надії, що конкремент відійде сам. Для цієї форми ГНН характерна раптова поява поліурії (після виходу конкремента) і швидке поліпшення загального стану хворого.

У гострих ситуаціях потрібно проводити диференціальний діагноз з тромбозом ниркових судин, за якого теж спостерігають біль у поперековій ділянці, гематурію, анурію. Однак у цьому випадку сечові шляхи прохідні, а на ретроградних пієлограмах ниркові миски і чашечки мають цілком нормальний малюнок.

У загальному аналізі сечі виявляють гематурію, лейкоцитурію, протеїнурію, солі (урати, фосфати, оксалати). За умови зтяжнього приступу в периферійній крові виявляють лейкоцитоз. УЗД та рентгенологічне дослідження нирок дають змогу виявити конкремент.

### **Невідкладна допомога та принципи лікування.**

Ліквідація джерела непрохідності.

Тимчасове дренивання сечовивідного каналу (уретральний катетер, надлобковий катетер).

У разі НК на ґрунті сечокам'яної хвороби:

проводять теплові процедури (показана гаряча ванна, грілка на місце болю); негайно вводять спазмолітики та анальгетики (баралгін 5 мл або но-шпа 2% розчин 2 мл, або тріган, максіган) - внутрішньовенно або внутрішньом'язово + 2 мл 50% розчину анальгіну;

за відсутності ефекту призначають ін'єкції 1 мл 0,1% розчину атропіну сульфату + 1 мл 2% розчину промедолу або омнопону (в одному шприці) внутрішньом'язово;

якщо камінь виявлено у нижній третині сечоводу, то інколи досить увести 40-60 мл 0,5-1,0% розчину новокаїну в ділянку сім'яного канатика чи округлу маткову зв'язку;

водне навантаження (до 2 л рідини);

для профілактики розвитку інфекції у сечовидільних шляхах, особливо у разі зтяжньої НК, застосовують антибіотики та інші протимікробні засоби;

хворим з великими каменями, які самостійно не виділяються, призначають оперативне втручання (видалення каменю на висоті приступу, інколи виникає потреба в нефректомії), а також у разі уросепсису, довготривалих кровотеч, ниркової недостатності;

застосовують препарати рослинного походження, які сприяють виведенню сечових конкрементів - етамід, авісан, оліметин, мілурит;

з профілактичною метою (попередження утворення каменів та їхнє вигнання) використовують цистенал, реватин, реватинекс, уролесан по 5-10 крапель на грудочку цукру за 1 год до їди тричі за добу.

## **2. Пієлонефрит.**

Гострий пієлонефрит (ГП) — гостре бактеріальне захворювання ниркових мисок, чашечок і каналців.

### **Класифікація.**

Гострий серозний пієлонефрит. Гострий гнійний пієлонефрит.

### **Форми:**

найгостріша - хвороба перебігає важко, із загальною картиною сепсису та незначними місцевими проявами;

гостра — характерна переважанням місцевих симптомів на ґрунті загальної інтоксикації, гарячки з остудами;

підгостра (вогнищева) - характерна переважанням місцевих проявів, ознаки загальної інтоксикації виявлені помірно;

латентна - загальні та місцеві прояви незначні, однак є небезпека віддалених наслідків.

Некротичний папіліт. *Однією з найчастіших ознак некрозу ниркових сосочків є тотальна макроскопічна гематурія, спричинена відшаруванням некротизованого сосочка чи його ділянки. Характерним симптомом є вивільнення з сечею некротизованих тканин мозкової речовини нирки.*

### Пієлонефрит у вагітних.

### **Етіологія та патогенез.**

Захворювання виникає внаслідок розповсюдження інфекції з ниркових мисок на ниркову тканину. У разі гострого пієлонефриту інфекція поширюється в нирки гематогенним, лімфогенним або висхідним уrogenним шляхами. Проникнення інфекції в сечовивідні шляхи можливе внаслідок цистоскопії, катетеризації. Під час гострого пієлонефриту в сечі виявляють кишкову паличку, стафілокок, вульгарний протей, ентерокок. Не завжди проникнення бактерій у нирку призводить до виникнення гострого пієлонефриту. Досить часто спостерігають бактеріурію без наявності ознак пошкодження ниркової тканини. Насамперед розвиток інфекційно-запального захворювання пов'язаний як з патогенністю мікроорганізму, так і з реактивністю організму.

**Клініка.** Гострий пієлонефрит характеризується клінічною тріадою: озноб з подальшим підвищенням температури тіла, біль у поперековій ділянці, дизуричні явища. Біль у поперековій ділянці здебільшого має тупий характер, який посилюється у разі зміни положення. Крім цього, хворий скаржиться на болі під час сечовипускання, слабкість, головний біль, біль у суглобах і

м'язях. Об'єктивне обстеження виявляє напруження м'язів у ділянці нирок і позитивний симптом Пастернацького. Сечовипускання прискорене і болісне, спостерігають рефлексорний метеоризм, нудоту, блювання. Звичайно виділяється нормальна кількість сечі, зрідка менша і дуже рідко спостерігають анурію. У сечі виявляють лейкоцитурію, протеїнурію, епітеліальні, лейкоцитарні та зернисті циліндри, незначну гематурію. Якщо одnobічний пієлонефрит є наслідком обтурації сечоводу, то змін у сечі не виявляють через те, що через сечовий міхур надходить сеча зі здорової нирки. Під час бактеріологічного дослідження сечі у більшості хворих виявляють мікрофлору. У крові хворих визначають нейтрофільний лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, анемію.

Клінічний перебіг гострого пієлонефриту залежить від шляху проникнення інфекції: у разі гематогенного переважають загальні ознаки, уrogenного — місцеві. У тяжких випадках можливий розвиток септичного стану - уросепсису з наростанням симптомів ниркової недостатності. До ускладнень захворювання відносять паранефрит, піддіафрагмальний абсцес, сепсис, перитоніт, артеріальну гіпертензію.

Особливою формою захворювання є пієлонефрит у вагітних. Він характеризується субфебрильною температурою тіла та малосимптомною клінічною картиною. Здебільшого дизуричних явищ та болю у поперековій ділянці не виникає.

**Діагностика.** Під час хромоцистоскопії відзначають запальний процес у сечовому міхурі, сповільнене виведення барвника. Оглядова та екскреторна урографія виявляє рівень обструкції сечових шляхів, особливості чашково-мискової системи. Під час ультразвукового дослідження виявляють розширення чашково-мискової системи нирок, наявність каменів, карбункул нирки, паранефральний абсцес. Рентгенконтрастні методи дослідження виявляють спазм або гіпотонію верхніх сечових шляхів, звуження та витягнутість чашок з подальшою їхньою різкою деформацією, збільшений ренально-кортикальний індекс (понад 0,4), позитивний симптом Ходсона - зменшення товщини паренхіми нирок на полюсах порівняно з середньою частиною. Під час радіоізотопного дослідження (реографія, динамічна комп'ютерна сцинтиграфія нирок) виявляють асиметрію та зміни сегментів ренограм, накопичення ізотопу у нирках.

### **Принципи лікування:**

Рекомендують постільний режим до зникнення болю в поперековій ділянці, нормалізації температури тіла і ліквідації дизуричних явищ.

Їжа повинна бути вітамінізованою та легкозасвоюваною. Вилучають з раціону гострі приправи та спеції, консерви, алкогольні напої, какао, каву. Для промивання сечових шляхів пропонують вживати достатню кількість рідини у вигляді соків, компотів, киселів, мінеральних вод, відварів, настоїв сечогінних трав (трава хвоща польового, листя мучниці, сечогінний чай №1, №2). Об'єм рідини для вживання за добу в середньому становить 2,5-3 л.

Якщо є набряки або біль у поперековій ділянці, то об'єм рідини доцільно зменшити. Обмежують кількість солі до 5—6 г за день.

Медикаментозну терапію треба починати якомога швидше, водночас доцільно визначити чутливість бактеріальної флори до антибіотиків, враховуючи також нефротоксичність препаратів (табл. 1).

Препаратами вибору є сучасні фторхінолони (норфлоксацин, офлоксацин, перфлоксацин, ципрофлоксацин), альтернативні препарати - амоксицилін клавуланат, фосфоміцин, ко-тримоксазол. Антибактеріальну терапію часто поєднують із застосуванням спазмолітиків, діуретиків, протигрибкових препаратів, дезінтоксикаційних засобів. Вагітним жінкам можна призначати амінопеніциліни, фосфоміцин і цефалоспорини. Фторхінолони не призначають. Ко-тримоксазол протипоказаний у третьому триместрі вагітності. Гентаміцин може спричинити ураження VIII пари черепних нервів у плода (Лопаткін Н.А., Дерев'янка І.І., 2000).

Антибактеріальну терапію (легкий або середньої важкості перебіг ГП) без вираженої інтоксикації призначають перорально на 10-14 днів. У разі неефективності 14-денного курсу, антибіотикотерапію продовжують до 4-6 тижнів. У разі важкого перебігу ГП, виражених симптомів інтоксикації потрібна госпіталізація. Антибіотики доцільно вводити внутрішньовенно до припинення гарячки. Після цього можна перейти на пероральне приймання антибіотиків упродовж 10-14 днів.

У тяжких випадках вдаються до катетеризації сечоводів, промивання мисок і сечового міхура антисептичними розчинами.

За відсутності ефекту від лікування в найближчі кілька діб є показання до здійснення оперативного втручання.

**Таблиця №1. Рекомендовані антибактеріальні препарати та їхні дози для лікування пієлонефриту.**

Антибіотик	Торгова назва	Терапевтична доза		Профілактична доза
		усередину	парентерально	
Амоксицилін	Флемоксин солютаб Хіконцил	0,25-0,5 г 3 рази за день		
Амоксицилін/ клавуланат	Аугментин Амоксиклав	0,375-0,625г 3 рази за день	1,2 г 3 рази за день	
Ампіцилін	Ампіцилін	0,25-0,5 г 4 рази за день	0,5-1,0 г 4 рази за день	
Ампіцилін/ сульбактам	Уназин		1,5-3,0 г 4 рази за день	
Ко-тримоксазол	Септрин Бісептол	0,96 г 2 рази за день	0,96 г 2 рази за день	
Нітрофурантоїн	Фурадонін	0,1 г 4 рази за день		0,05 г
Норфлоксацин	Ноліцин	0,4 г 2 рази за день		0,2 г
Офлоксацин	Таривід Офлоксацин	0,2-0,4 г 2 рази за день		0,1 г
Перфлоксацин	Перлацин Абактал	0,4 г 2 рази за день	0,4 г 2 рази за день	0,2 г
Ципрофлоксацин	Ципробай Ципринол	0,25-0,5 г 2 рази за день	0,2-0,4 г 2 рази за день	0,1 г
Цефаклор	Цеклор Альфацет Тарацеф	0,25-0,5 г 3 рази за день		0,25 г
Цефалексин	Цефалексин	0,5 г 4 рази за день		0,125 г
Цефепим	Максипим		1-2 г 2 рази за день	
Цефоперазон	Цефобід		2 г за 2 уведення в день	

Цефтріаксон	Роцефін Лендацин		1-2 г 1 раз за день	
Цефуросим аксетил	Зиннат	0,25-0,5 г 2 рази за день		
Цефуросим натрію Амікацин	Зинацеф Амікін Амікацин		0,75-1,5 г 3 рази за день 0,25 г 2 рази за день	
Нетилміцин	Нетроміцин		4-6мг/кг за добу за 2-3 уведення	
Гентаміцин			3-5мк/кг у день за одне введення	
Фосфоміцин	Монурал	3,0 г одномоментно		

### 3. Піонефроз.

Піонефрозом називають тяжке нагноєння нирки, яке супроводжується утворенням гнійних порожнин, руйнуванням і атрофією поперекової паренхіми. Хвороба розвивається в результаті вторинного інфікування гідронефрозу, сечокам'яної хвороби, прогресуючого піелонефриту, туберкульозу нирок.

#### Класифікація:

Закритий піонефроз — гнійна порожнина не зв'язана із сечовими шляхами.

Відкритий піонефроз — гній вільно надходить у сечовий міхур.

#### Клінічна картина і діагностика.

Як правило, уражується одна нирка. Захворювання супроводжується підвищенням температури тіла до 38—39 °С. Хворі скаржаться на біль у ділянці ураженої нирки, нудоту, блювання. При обстеженні симптом Пастернацького позитивний, пальпується збільшена нирка. Для піонефрозу характерна інтенсивна піурія: сеча каламутна, з великою кількістю пластівців, а при її відстоюванні, на дні посудини утворюється гнійний осад.

**Діагностика:** ЗАС, УЗД, хромоцистоскопія, ретроградна уретеропієлографія.

**Лікування:** нефректомія.

### 4. Паранефрит.

Паранефритом називають запалення паранефральної (навколонирикової) клітковини. Хвороба розвивається внаслідок проникнення інфекції у приниркову клітковину гематогенним або лімфогенним шляхом з різних гнійних осередків, рідше — з ураженої нирки або через нагноєння приниркових посттравматичних крововиливів.

#### Клінічна картина.

Захворювання починається гостро. З'являється сильний біль у поперековій ділянці, температура тіла підвищується до 38—39 °С. Спостерігаються симптоми гнійної інтоксикації — загальна слабкість, нездужання, сухий язик, тахікардія. При огляді цих хворих виявляють набряклість, гіперемію, згладженість складок поперекової ділянки. При пальпації виникає різка болючість. Визначають позитивний симптом Пастернацького. Вирішальне значення для встановлення діагнозу має пункція паранефральної клітковини та отримання гною, УЗД.

#### Лікування.

I. Консервативне — застосовують антибіотики широкого спектра дії, сульфаніламідні, протизапальні препарати.

II. Оперативне – у разі розвитку нагноєння проводять розтин і дренивання гнійника.

### **5. Гостра затримка сечі.**

Затримкою сечі називається неможливість спорожнювати сечовий міхур, незважаючи на переповнення його сечею. Якщо затримка сечі настає раптово, її називають гострою; якщо вона розвивається поступово внаслідок наростаючої, довгострокової перешкоди для відтоку сечі, — хронічною.

Найчастіше причиною гострої затримки сечі є аденома передміхурової залози, яка нерідко трапляється в чоловіків старших за 60 років. Затримку сечі при аденомі посилює приплив крові до неї (тривале сидіння, закріп, пронос, охолодження, вживання алкоголю). Рідше гостра затримка сечі виникає при травмах сечівника, переломах тазових кісток.

Крім того, вона може бути одним із виявів захворювань або ушкоджень спинного мозку (туберкульоз, мієліт, переломи хребта зі стисненням спинного мозку або крововиливом у нього). Іноді вона виникає в здорових людей після вживання великої кількості алкоголю: причиною є атонія міхурового м'язу. Гостра затримка сечі може мати й рефлекторний характер: у перші дні після хірургічних втручань на органах черевної порожнини, операцій із приводу гриж, геморою.

Затримка сечі може бути повною й неповною. У разі повної затримки хворий, незважаючи на різкий позив до сечовипускання, не може виділити жодної краплі сечі. Якщо це часткова затримка, сечовипускання відбувається, але після нього частина сечі залишається в сечовому міхурі (залишкова сеча), її кількість іноді досягає 1 л. При тривалій затримці сечі виникає не тільки граничне розтягнення м'язової стінки міхура, й м'язів-замикачів (сфінктерів), і сеча з переповненого сечового міхура мимоволі краплями виділяється назовні. Цей стан називається парадоксальною ішурією.

При гострій затримці сечі дно наповненого сечового міхура нерідко вдається пальпувати трохи нижче пупка. Перкуторно завжди визначається значне виступання дна сечового міхура над лобком. Гостра затримка сечі спричинює сильний біль і вимагає **екстреної допомоги**: катетеризацію сечового міхура при аденомі передміхурової залози слід проводити тільки гумовим катетером. Якщо його неможливо ввести, хворого слід негайно направити до уролога. Коли катетеризацію сечового міхура й екстрене транспортування до уролога здійснити не вдається, як невідкладну допомогу застосовують надлобкову пункцію сечового міхура довгою тонкою голкою.

#### **Катетеризація сечового міхура у чоловіків і жінок.**

Показання: гостра затримка сечі, викликана аденомою передміхурової залози або іншими захворюваннями.

Протипоказання: стриктура сечового каналу, обтурація каменем, травма, інструментальне пошкодження задньої стінки уретри, уретрорагія, гострий уретрит, простатит, епідидиміт, орхіт.

Техніка виконання: для катетеризації на догоспітальному етапі використовуються лише м'які катетери. Перед використанням катетер змащують стерильним гліцерином. Катетеризацію сечового міхура необхідно виконувати в стерильних гумових рукавичках.

Перед катетеризацією сечового міхура у жінок проводять туалет зовнішніх статевих органів. Пінцетом фіксується м'який катетер на відстані 4-5 см від міхурового кінця і поволі без зусиль вводить в сечовий канал. Зовнішній кінець м'якого катетера затискають між безіменним пальцем і мізинцем правої руки. Витікання сечі через катетер вказує на те, що він знаходиться в сечовому міхурі.

При катетеризації сечового міхура у чоловіків хворий лежить на спині. Виконуючий маніпуляцію стає праворуч, лівою рукою бере статевий член, правою зсуває донизу крайню плоть, обробляє головку серветкою (шариком), змоченою розчином фурациліну. Статевий член під головкою необхідно обгорнути марлевою серветкою, щоб зручніше було його утримувати.

Гумовий катетер вводять так, як і при катетеризації сечового міхура у жінок. При проведенні катетера в сечовий канал статевий член дещо натягається доверху (на катетер). Це сприяє більш глибокому проходженню катетера по сечовому каналу. При відчутті перешкоди на шляху проходження катетера його потрібно злегка витягнути і спробувати провести повторно. Довжина сечового каналу у чоловіків в середньому рівна 20 см. Як тільки катетер влучає в сечовий міхур, з нього починає виділятися сеча.

Можливі ускладнення: пошкодження стінки уретри, утворення хибного ходу, гематурія.

## **6. Парафімоз.**

Це ускладнення фімозу. Через звужену крайню плоть проскакує голівка статевого члена і защемляється, що, в свою чергу, викликає біль, набряк і порушення кровобігу в голівці. Остання стає синюшною. При несвоєчасній або запізній медичній допомозі може настати змертвіння голівки статевого члена.

**ПМД і лікування.** При незначному набряку голівки її змащують вазеліном, статевий член захоплюють II та III пальцями, а першими пальцями, натискаючи на голівку, вправляють її. При неможливості вправлення проводять розсікання защемленого кільця або ціркумцізію і звільняють крайню плоть.

## **7. Травми органів сечової системи.**

### **Ушкодження нирок.**

**Найчастіше спостерігають пошкодження капсули нирки, розрив ниркової паренхіми і забій нирки.**

**Клініка.** У хворих із закритою травмою нирок виникає біль у поперековій ділянці з іррадіацією в сечоводи. Поряд із цим розвивається різної інтенсивності гематурія (кров у сечі). Сеча набуває кольору “м'ясних помиїв”. При огляді в ділянці попереку виявляють припухлість, гематому (крововилив). Особливу небезпеку складають так звані двохетапні розриви нирок, які здійснюються, як правило, на 12 -14-й день після закритої травми внаслідок розриву великої субкапсулярної гематоми. У цих випадках у хворого раптово виникає різкий біль у попереку, який супроводжується ознаками внутрішньої кровотечі.

Основними ознаками відкритих пошкоджень нирок є гематурія й виділення сечі через рановий канал.

**Діагностика:** загальний аналіз сечі, УЗД нирок, хромоцистоскопія, екскреторна урографія, в разі потреби – ретроградна пієлографія.

### **ПМД. Відкриті ушкодження нирок:**

- Холод на ділянку попереку та асептична пов'язка на рану.



- Знеболення.
- Гемостатична терапія.
- Поповнення ОЦК.
- Екстрена госпіталізація на спині з піднесеною верхньою частиною тіла під контролем пульсу і АТ.

**Закриті ушкодження нирок:**

- Холод на ділянку поперек.
- Не знеболювати.
- Гемостатична терапія, при потребі протишокові заходи.
- Екстрена госпіталізація на спині з піднесеною верхньою частиною тіла під контролем пульсу і АТ.

**Лікування:** консервативне: спокій; місцево холод на поперек; антибіотики і уросептики; гемостатики: хлорид кальцію, вікасол, е-амінокапронова кислота.

Оперативне: проводиться в разі профузної гематурії і наростання ознак крововтрати; показана люмботомія і ревізія нирки.

**Ушкодження сечового міхура.**

Пошкодження міхура поділяють на відкриті і закриті. Відносно очеревини їх поділяють на внутрішньочеревні, позаочеревинні й змішані.

**Клініка.** При внутрішньочеревному розриві сеча потрапляє в черевну порожнину, що клінічно проявляється болем у животі і симптомами подразнення очеревини. М'язи живота напружуються, в бокових заглибинах черевної порожнини визначають притуплення перкуторного звуку. При позаочеревинному розриві сечового міхура сеча попадає в тазову клітковину. Хворий скаржиться на виражений біль внизу живота з іррадіацією в промежину, пряму кишку, статевий член, сечовипускання порушене, через уретру виділяються краплі крові (кривава анурія). Перкуторно над симфізом і по боках визначають притуплення перкуторного звуку (симптом "метелика"). При катетеризації в обох випадках сечі мало, вона затримується в черевній порожнині або навколومیхуровій клітковині.

**Діагностика:** цистографія, екскреторна урографія, УЗД, цистоскопія.

**ПМД** аналогічна як при пошкодженнях нирок.

**Лікування:** оперативне – мета операції відновити цілісність сечового міхура.

**Ушкодження сечівника (уретри).**

За характером ушкодження можуть бути: частковими і повними, відкритими й закритими.

**Клініка.** Характерними ознаками ушкодження сечівника є: різкий біль у промежині, затримка сечовипускання, виділення крапель крові з сечівника (уретерорагія), поява гематоми в ділянці промежини (урогематома), калитки.

Діагностика: ретроградна уретрографія.

**ПМД:** Знеболення. Асептична пов'язка на рану. Холод. Госпіталізація.

**Лікування:** оперативне. У більшості випадків гематоми і сечові запливи дренують, накладають цистостому, а відновлення просвіту сечівника проводять через 2-3 місяці після розсмоктування гематоми й сечових заплівів. У тяжких хворих для відведення сечі часто застосовують капілярну пункцію міхура або троакарну епіцистостому.

**По завершенні опрацювання самостійної роботи з теми здобувачі освіти вмітимуть:**

- збирати скарги, анамнез;
- провести об'єктивне обстеження при гострих захворюваннях і ушкодженнях органів сечостатевої системи;
- надати невідкладну допомогу та здійснити транспортування при гострих захворюваннях і ушкодженнях органів сечостатевої системи.

**Практичні навички:**

- установлення діагнозу та надання першої медичної допомоги хворим з невідкладними станами в разі гострих захворювань та травм сечової системи;
- катетеризація сечового міхура еластичним катетером;
- транспортування хворих з невідкладними станами в разі гострих захворювань та ушкоджень органів сечової системи.

**Запитання для самоконтролю:**

1. Охарактеризуйте клінічну картину при нирковій коліці? Складіть план заходів під час надання невідкладної допомоги при нападі ниркової коліки?
2. Дайте визначення, здійсніть класифікацію та охарактеризуйте клінічну картину і невідкладну допомогу при пієлонефриті?
3. Дайте визначення, здійсніть класифікацію та охарактеризуйте клінічну картину і невідкладну допомогу при пієлонефрозі?
4. Охарактеризуйте причини, клінічну картину та невідкладну допомогу у разі паранефриту?
5. Охарактеризуйте причини, клінічну картину та невідкладну допомогу у разі гострої затримки сечі?
6. Дайте характеристику (визначення, причини, клінічна картина, невідкладна допомога) парафімозу?
7. Охарактеризувати клініку, класифікацію, ускладнення та невідкладну допомогу у разі травм нирок, сечового міхура та уретри?

**Рекомендована література:**

М.С. Регеда, «Невідкладні стани», Львів: «Магнолія 2006», 2008 р. ст. 264 - 270.

І.В. Роздольський, «Невідкладні стани в хірургії», Київ: «Медцина», 2007 р., ст. 51 – 54.

О.Ю. Усенко, «Хірургія», Київ: «Медцина», 2013 р., ст. 322 - 324.

О. М. Кіт, «Хірургія», Тернопіль: «Укрмедкнига», 2004 р., ст. 530 – 534.