Министерство здравоохранения Хабаровского края

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования

«Хабаровский государственный медицинский колледж»

ЦМК «Терапевтические дисциплины»

Курсовая работа

Особенности сестринской помощи при мочекаменной болезни

2014 г.

Введение

Актуальность проблемы.

Проблема мочекаменной болезни в настоящее время является одной из наиболее актуальных в современной урологии и медицине в целом. Это связано, в первую очередь, с высокой распространенностью этого заболевания. По данным нескольких популяционных исследований, распространенность мочекаменной болезни в мире составляет от 3,5 до 9,6%. При этом, доля мочекаменной болезни среди всех урологических заболеваний достигает 40% .

• РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ занимает второе место в мире после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей и встречается не менее чем у 3% населения.

• ВЫЯВЛЯЕТСЯ в любом возрасте и имеет выраженную тенденцию к рецидивному камнеобразованию.

• УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ способствуют особенности современной жизни - гиподинамия, ведущая к нарушению фосфорно-кальциевого обмена, характер питания - однообразие пищи, обилие в ней белка.

• РАЗВИТИЕ связано с различными климатическими, географическими, жилищными условиями, профессией, наследственными факторами.

1. Предмет изучения: Особенности сестринской помощи при мочекаменной болезни

Задачи. Для достижения цели исследования необходимо изучить:

· Этиологию, патогенез и предрасполагающие факторы мочекаменной болезни

· Клиническую картину и особенности диагностики мочекаменной болезни

· Принципы лечения и профилактики заболевания

· Основную группу препаратов для лечения мочекаменной болезни

· Роль фитотерапии

· Принципы оказания первичной медицинской помощи

Методы исследования:

· Анализ медицинской литературы по данной теме

· Дополнительные методы исследования

2. Теоретическая часть

.1 Определение

Мочекаменная болезнь- хроническое заболевание, которое характеризуется образованием в почкам мочевых камней (конкрементов) в результате нарушения обмена веществ и изменений со стороны мочевыводящих путей.

.2 Классификация мочекаменной болезни

Основными критериями мочекаменной болезни являются локализация камня и его состав. Встречаются камни почек, мочеточника и мочевого пузыря. Камни бывают оксалатные, уратные, фосфатные, органические и смешанные ,т.е. состоящие из смеси различных солей. Последние встречаются чаще всего(почти в половине случаев).

Первоначальное «чистое» ядро покрывается смесью различных солей, чаще всего это фосфаты (при воспалении моча приобретает более щелочной характер, а это способствует отложению именно фосфатов). Из остальных чаще всего встречаются оксалаты, затем - ураты, реже чистые фосфаты и органические. Оксалаты и отложение их в виде камней встречаются чаще всего в детском возрасте.

Оксалаты - это кристаллы кальциевой соли щавелевой кислоты. Они вызывают мочекислый диатез или дисметаболическую нефропатию. Отложение оксалатных камней неблагоприятно, посколько эти камни имеют неровную поверхность и острые края. Поэтому они сильно травмируют слизистые оболочки мочевыводящих путей и вызывают воспаление (цистит или пиелонефрит) и появления крови в моче. При прохождении оксалатного камня вниз по мочеточникам наблюдается острейший приступ почечной колики. С виду же оксалатные камни мало примечательно, немного похожи на обычный щебень, такие же буровато-серые. Оксалатные камни очень быстро покрываются фосфатами и превращаются в смешанные (они быстро вызывают воспаление).

Уратные камни встречаются при подагре. Могут быть отдельным проявлением этого заболевания, а могут сочетаться с поражением суставов. Уратные камни состоят в большей степени из мочевой кислоты и небольшого количества её кальциевой соли. Эти камни округлые, буровато-коричневого или желтоватого цвета, ровные, с гладкой поверхностью. Они могут формировать как бы скопление, конгломерат камней, тесно спаянных вместе, напоминающее гроздь винограда. Фосфаты не так опасны, как оксалаты, поскольку они имеют гладкую поверхность, рыхлые, легко крошаться. Как правило, они имеют серый или белый цвет. Смешанные камни могут выглядеть так, как любой из вышеперечисленных камней.

2.3 Этиология и патогенез

Полностью ещё не выяснены. Однако установлено что камнеобразованию способствуют инфекция мочевых путей травмы почек и кровоизлияния в почечную ткань застой мочи некоторые авитаминозы (А,D),нарушения минерального обмена (гиперпаратиреоз), резкие изменения pH мочи.

Считается, что в большинстве случаев выделение солей из мочи и камнеобразование происходят вокруг органического «ядра», которым могут служить отшелушившиеся клетки лоханочного эпителия, скопление лейкоцитов, кровяной сгусток и др. Однако выпадение солей в осадок возможно или при повышении концентрации в моче, или при уменьшении их растворимости, что может происходить вследствие изменения pH мочи и уменьшения содержания в моче так называемых защитных коллоидов, обеспечивающих стабильность перенасыщенных растворов. Например, концентрация мочевой кислоты в моче обычно бывает в 15-20 раз выше, чем её растворимость в воде.

2.4 Факторы риска

У всех без исключения могут формироваться камни в органах мочеполовой системы (почки, мочеточники, мочевой пузырь, мочеиспускательный канал). Но существует группа людей с определенными заболеваниями и состояниями, которые в большей степени подвержены к развитию мочекаменной болезни в сравнении со здоровыми людьми и относящиеся к факторам риска развития мочекаменной болезни. Считается, что у одного из 10 человек в определенный момент жизни разовьется мочекаменная болезнь. Большинство камней мочеполовой системы формируются в возрасте 20-49 лет, и множественные рецидивные камни чаще всего формируются у пациентов во второй или третей декаде их жизни.

У жителей в промышленно развитых, индустриальных странах чаще встречаются камни в почках, нежели камни в мочевом пузыре. И, наоборот, у жителей развивающихся стран чаще встречаются камни мочевого пузыря. Данное различие, как полагают, связано с диетическими факторами. Мочекаменная болезнь приблизительно в 3 раза чаще встречается у мужского населения, чем у женщин. Преимущественно, пик роста мочекаменной болезни достигает 40 лет, и продолжает расти до 70 лет. Кроме выше перечисленных факторов рисков (географические особенности, возраст, пол, питание) европеоидная раса относится также к фактору риска развития мочекаменной болезни, при этом у одного из восьми человек развиваются камни в почках к 70 годам. Пациенты, имеющие более одного камня в почках, склонны к дальнейшему развитию мочекаменной болезни.

Отягощенная наследственность (наличие мочекаменной болезни у кровных родственников) является фактором риска развития мочекаменной болезни (уролитиаза).

Камни мочевой кислоты (ураты) чаще встречаются у пациентов, у которых длительное время регистрируется повышенный показатель уровня мочевой кислоты сыворотки крови (пациенты с метаболическим синдромом или хронической подагрой).

Беременность также является фактором риска развития камни почек. У небольшого числа беременных женщин (у одной из 1500-3000 беременных женщин) развивается мочекаменная болезнь, и существуют доказательства того, что изменения, происходящие при беременности, увеличивают риск развития камней в почках. К данным изменениям, способные формированию камней в почках во время беременности, относятся: замедление оттока мочи вследствие повышенного уровня прогестерона и сниженного потребления жидкости в результате уменьшения емкости мочевого пузыря из-за увеличенной матки. У здоровых беременных женщин также отмечается умеренно повышенная экскреция кальция с мочой. Однако до сих пор остается неясным, являются ли гормональные нарушения при беременности прямым фактором риска развития мочекаменной болезни, или же у данных женщин существуют другие факторы риска, которые способствуют формированию камней в почках.

Таким образом, можно выделить следующие факторы риска развития мочекаменной болезни:

Отягощенный семейный анамнез: наличие камней в почках у кровных родственников

Возраст: чаще встречается формирование камней в почках в возрасте от 20 до 49 лет. Хотя нельзя исключать дебют заболевания мочекаменной болезни в детском и пожилом возрастах.

Пол: мужчины чаще предрасположены к развитию мочекаменной болезни.

Дегидратация: недостаточное употребление жидкости может увеличивать риск развития мочекаменной болезни. Обладатели жаркого и сухого климата должны больше употреблять воду, чем другие.

Питание: питание с высоким содержанием белка, натрия (соли), углеводов (сахара) может увеличивать риск развития некоторых видов камней почек.

Ожирение: было доказано, что высокие индекс массы тела, объем талии и вес, повышают риск формирования почечных камней.

Заболевания пищеварительной системы и оперативное вмешательство: резекция (удаление части или всего органа) желудка, воспалительные заболевания кишечника, хроническая диарея могут привести к нарушениям в пищеварительной системе, которые приводят к нарушению абсорбции (всасыванию) кальция и увеличению уровня камнеобразующих веществ в вашей моче.

Другие заболевания: к другим состояниям и заболеваниям, способствующим формированию камней в мочевой системе, относятся подагра, тубулярный почечный ацидоз, цистинурия, гиперпаратиреоидизм, некоторые инфекции мочевой системы.

.5 Клиническая картина

Камни локализуются как в левой, так и в правой почке (по данным некоторых авторов, несколько чаще в правой), двусторонние камни наблюдаются у 15-30% больных. Заболевание проявляется характерными симптомами, вызванными нарушением уродинамики, изменением функции почки, присоединившимся воспалительным процессом в мочевых путях. Основными симптомами мочекаменной болезни являются: боль, гематурия, пиурия, анурия (обтурационная). Боль при наличии камня в почке носит различный характер. Она может быть постоянной или интермиттирующей, тупой или острой. Локализация и иррадиация болей зависят от размеров и местонахождения камня.

Наиболее характерным симптомом камня почки и мочеточника является приступ острой боли - почечная колика.

Почечная колика - острый болевой приступ, вызванный резким нарушением оттока мочи из почки и гемодинамики в ней.

Риск возникновения почечной колики в течение жизни составляет 1-10%.

Приступ острых болей в пояснице и боковых отделах живота с выраженной иррадиацией на внутреннюю поверхность бедра, паховую область и половые органы. Почечная колика может возникнуть в любое время суток, приступ возникает внезапно, развивается очень быстро. Боль резкая, распирающая, имеет постоянный и схваткообразный характер. Иррадиация болей зависит от локализации конкремента в мочевых путях, вызвавшего их окклюзию. При камне, вызвавшем окклюзию лоханки, боли иррадиируют в поясницу и подреберье. Конкремент на границе верхней и средней трети мочеточника вызывает иррадиацию боли в нижние отделы живота, в область пупка. При конкременте в области безымянной линии боль иррадиирует в основном по передней поверхности бедра и в надлобковую область. Камень в юкставезикальном отделе мочеточника вызывает иррадиацию болей у мужчин в мошонку, у женщин - в область больших половых губ. При расположении камня в интрамуральном отделе мочеточника возникает дизурия в виде частого, иногда болезненного мочеиспускания, сопровождающегося иррадиацией боли в область уретры у женщин, в уретру и головку полового члена - у мужчин. По мере нарастания боли почечная колика часто сопровождается рвотой, не приносящей облегчения, парезом кишечника, которые возникают почти одновременно. Характер боли (особенно в первые 1,5-2 ч) заставляет больного менять положение тела, любое из которых не приносит облегчения. Больной мечется, иногда наклоняет туловище, удерживая ладонь на пояснице со стороны боли. У детей младшего возраста боль в области пупка сопровождается рвотой. Ребенок плачет, испуган; острый приступ болей длится недолго (15-20 мин), сопровождается повышением температуры тела до 37,2-37,3 °С. Почечная колика с острой болью в пояснице может развиться у беременных женщин в третьем триместре. При почечной колике наблюдается брадикардия или нормокардия, при других заболеваниях, как правило, отмечается тахикардия. На высоте почечной колики отмечается умеренная артериальная гипертензия. Иногда боль вызывает обморочное состояние. Дизурия характерна, но непостоянна. Легко вызывается симптом Пастернацкого (легкое поколачивание по поясничной области). При наличии единственной почки может наступить анурия или олигоурия. Язык обложен белым налетом; живот участвует в акте дыхания. Нередко при почечной колике наблюдаются симптомы, характерные для острых заболеваний органов брюшной полости: могут появиться симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга, Ровзинга). Более чем в половине случаев почечная колика сопровождается повышением температуры тела, что вызвано пиеловенозным рефлюксом в результате проникновения мочи в ток крови. Длительность приступа почечной колики колеблется от нескольких минут до нескольких часов. Распознавание ПК основано на данных анамнеза (наличии мочекаменной болезни или других заболеваний, в патогенезе которых возможно развитие острой обструкции верхних мочевых путей), клиники заболевания, на физикальном осмотре, ультразвуковом исследовании почек и мочевых путей, радиоизотопных и рентгенологических методов исследования. Пальпаторно удается определить увеличение и болезненность почки. При почечной колике, которая обусловлена преимущественно окклюзией верхних мочевых путей, состав мочи на высоте почечной колики всегда бывает нормальным, поскольку практически исследуется моча здоровой контралатеральной почки. После купирования почечной колики в моче обнаруживаются следующие изменения: протеинурия (как правило, незначительная), эритроцитурия (свежие неизмененные эритроциты), лейкоцитурия, макрогематурия. Если гематурия появляется после почечной колики, то это указывает на наличие камня лоханки или мочеточника; если гематурия возникла в самом начале почечной колики, и затем приступ боли резко усилился, то это говорит об опухолевом процессе в почке, лоханке, мочеточнике, в таком случае колика обусловлена окклюзией верхних дыхательных путей сгустками крови. Отмечается умеренное повышение мочевины в крови. В анализе периферической крови возможно умеренное повышение количества лейкоцитов. УЗИ - идеальное первичное обследование. В серо-шкальном режиме выявляет камни в лоханочно-мочеточниковом сегменте и интрамуральном отделе мочеточника. Трансректальное и трансвагинальное УЗИ позволяет визуализировать конкременты в юкставезикальном отделе мочеточника. УЗИ легко выявляет пиелоэктазию. Экскреторная урография и хромоцистоскопия выявляют нарушение функции почки и эвакуации мочи. Своевременное выделение в течение 3-5-минутного введения внутривенно 0,4%-ного раствора индигокармина в количестве 5 мл позволяет отказаться от предполагаемого диагноза почечной колики. Обзорный рентгеновский снимок выявляет тени рентгенопозитивных камней. Диагностические трудности возникают при выявлении невидимых мочекислых конкрементов, которые позволяет решить компьютерная томография. Экскреторная урография особенно показана в тех случаях, когда возникает необходимость оперативного вмешательства (конкремент больших размеров, сомнения в наличии контралатеральной почки, ее функциональной способности). При экскреторной урограмме отсутствует контраст в почке на стороне поражения, на нефрограмме хорошо выражена белая почка. Почечную колику нужно дифференцировать от острого холецистита при локализации боли в правом подреберье. Для печеночной колики характерна иррадиация болей в область соска правой молочной железы, в правую лопатку, плечо, шею; они усиливаются при вдохе и при пальпации области желчного пузыря, легком поколачивании по правой реберной дуге, чего не наблюдается при почечной колике. При печеночной колике выявляется френикус-симптом, в правом подреберье определяется ригидность мышц передней брюшной стенки и иногда признаки раздражения брюшины, в то время как при почечной колике эти симптомы отсутствуют. Хромоцистоскопия позволяет дифференцировать заболевания. Дифференцировать почечную колику и острый аппендицит может быть трудно, особенно при ретроцекальном расположении отростка. При остром аппендиците обычно боли возникают в подложечной области (симптом Кохера), а затем локализуются в правой подвздошной области, где пальпаторно определяется ригидность мышц передней брюшной стенки, небольшое вздутие живота, могут появляться симптомы раздражения брюшины. При почечной колике более выражен болевой синдром, более характерна иррадиация болей, в отличие от беспокойного поведения больного при почечной колике больные с острыми процессами в брюшной полости стремятся сохранить неподвижность, принимают вынужденное, щадящее положение в постели. При остром аппендиците рвота появляется спустя длительное время после возникновения болей, при почечной колике эти симптомы появляются практически одновременно. Если при почечной колике нельзя полностью исключить острый аппендицит, то выполняют лапароскопию или даже лапаротомию. При кишечной колике имеет место постоянный характер болей на протяжении приступа, отсутствие длительных интервалов между отдельными схватками, резко выраженный метеоризм. При почечной колике интенсивность болей значительно большая. Могут возникать трудности при дифференциальной диагностике кишечной непроходимости и почечной колике. Такие признаки, как отсутствие стула, неотхождение газов, резкие боли по всему животу, могут наблюдаться при почечной колике, хотя они характерны для кишечной непроходимости. Не всегда могут наблюдаться симптомы, характерные для кишечной непроходимости, даже если имеется признак Валя и местное вздутие живота. Рвота характерна как для кишечной непроходимости, так и для почечной колики. При трудностях в распознавании почечной колики и кишечной непроходимости приходится прибегать к дополнительным методам исследования. Боли при кишечной непроходимости мучительные, непрекращающиеся, захватывают всю область живота, перистальтика сохранена, усилена в начале заболевания. Больные находятся в состоянии тяжелой интоксикации, лицо осунувшееся, щеки впалые. При паралитической и механической непроходимости выявляется сильное вздутие живота. Высокая механическая непроходимость проявляется рвотой кишечным содержимым. Такие заболевания, как перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, имеют достаточно характерные признаки, позволяющие сравнительно легко дифференцировать их с почечной коликой. Кинжальная боль в животе, развитие признаков перитонита характерны для заболеваний органов брюшной полости. Боль при межреберной невралгии не имеет схваткообразного характера, зависит от положения тела (уменьшается в покое и неглубоком дыхании) в отличие от таковой при почечной колике. Крайне редко почечная колика возникает с противоположной стороны по отношению к окклюзированному мочеточнику. Этот феномен описан Л. Д. Кларком и Норманом.

## 2.6 Осложнения мочекаменной болезни

Длительное стояние камня без тенденции к отхождению приводит к серьезным осложнениям мочекаменной болезни: угнетаются функции мочевыводящих путей и самой почки, вплоть до гибели последней.

Самыми частыми осложнениями мочекаменной болезни являются:

Хронический пиелонефрит. Единственное осложнение мочекаменной болезни, которое может давать тянущие боли в животе и поясничной области. Может сопровождаться небольшой температурой.

Хронический цистит. Воспалительный процесс мочевого пузыря даже при нахождении камня в почке при ОРЗ, переохлаждении и других неблагоприятных условиях может обостриться (острый цистит).

Хронический гипертрофический цистит (мочевой пузырь с выраженной гипертрофией мышц и слизистой) возникает при длительном нахождении камня в мочевом пузыре при хроническом нарушении акта мочеиспускания (в результате сужения мочеиспускательного канала, гипертрофии предстательной железы и т. д.)

Острый пиелонефрит. При минимальной инфицированности мочевыводящих путей на фоне почечной колики при нарушенном оттоке мочи из почек микроорганизмы в моче размножаются с очень большой скоростью, вызывая воспаление, иногда молниеносно поражая всю почку. Резко повышается температура тела, к болям, свойственным почечной колике, добавляются общие симптомы интоксикации (слабость, сильное недомогание). При быстром течении, а также в случае неправильной диагностики и назначения антибиотиков острый пиелонефрит на фоне мочекаменной болезни может закончиться бактериальным шоком (падение давления) и даже смертью пациента.

В свою очередь, острый пиелонефрит может осложняться формированием гнойничков в почке (апостематозный пиелонефрит), карбункулом или абсцессом почки, некрозом почечных сосочков, паранефритом, в итоге приводить к сепсису (его проявление - лихорадка). Поэтому перечисленные выше осложнения, как правило, являются показанием к срочному восстановлению оттока мочи из почки и ее санации (вплоть до удаления) путем оперативного вмешательства.

Острая почечная недостаточность встречается относительно редко - вследствие обтурационной анурии (закупорки мочеточника, например, камнем) при единственной почке или двухсторонних камнях мочеточника.

Пионефроз представляет собой терминальную стадию гнойно-деструктивного пиелонефрита. Пионефротическая почка представляет собой орган, подвергшийся гнойному расплавлению, состоящий из отдельных полостей, заполненных гноем, мочой и продуктами тканевого распада, часто камнями.

Уретрит - воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала (уретры).

Хроническая почечная недостаточность в первую очередь проявляется азотемией - избыточным содержанием в крови азотсодержащих продуктов белкового обмена (мочевины, мочевой кислоты, креатинина и др.). Азотемия возникает как финальная стадия хронического пиелонефрита при прогрессирующем его течении и неадекватном лечении вследствие гибели нефронов в результате длительно существующего воспалительного процесса в почке.

2.7 Диагностика

В диагностике мочекаменной болезни важная роль принадлежит сбору анамнеза. Необходимо выяснить характер и длительность болей (локализация, интенсивность, иррадиация и т.д.); сопровождаются ли боли тошнотой, рвотой, ознобом; наличие в моче гематурии ее длительность, интенсивность и характер возникновения; установить, отходили ли раньше у больного камни; наличие урологического анамнеза, операций на мочевых путях и по поводу мочекаменной болезни; имеются ли у больного заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей, паращитовидных желез; случаи заболеваний мочекаменной болезни в семье и родственников; прием фармакологических препаратов, способствующих камнеобразованию (сульфаниламиды, витамины и др.); имели ли место переломы и заболевания опорно-двигательного аппарата

Обязательными методами физикального осмотра являются: визуальный осмотр поясницы и наружных половых органов; пальпация области почек живота, наружных половых органов; двуручное влагалищное исследование у женщин; ректальное пальцевое исследование простаты.

Глубокая пальпация почек в положении пациента на боку позволяет диагностировать увеличенную и болезненную почку. Симптом Пастернацкого (поколачивания почки с нарушенным оттоком мочи), как правило, бывает положительным. Основными методами диагностики мочекаменной болезни являются лабораторные и инструментальные исследования.

Ультразвуковое сканирование почек и мочевого пузыря является наиболее информативным, безвредным и приоритетным методом, особенно у беременных и детей. Современные ультразвуковые аппараты позволяют не только диагностировать камень в любой зоне чашечно-лоханочной системы почки, но и констатировать увеличенные размеры почки, толщину паренхиму, наличие или отсутствие очагов деструкции, а также степень расширения чашечно-лоханочной системы (если камень располагается в мочеточнике и вне зоны досягаемости ультразвукового исследования). Отрезок мочеточника от верхней до нижней трети является недоступной для ультразвукового исследования зоной. Ультразвуковое сканирование наполненного мочевого пузыря позволяет диагностировать камни предпузырного отдела мочеточника, камни уретероцеле.

Решающее значение в диагностике мочекаменной болезни имеет рентгенологическое исследование. Обзорный снимок практически в 96% случаев позволяет увидеть тень конкремента в проекции мочевыделительной системы. На обзорной рентгенограмме должны быть отображены все отделы мочевыделительной системы (от X позвонка до симфиза тазовых костей). Лишь рентгенонегативные камни (уратные, цистиновые, ксантиновые) не видны на обзорном снимке.

При коралловидных камнях обзорный снимок выполняют в двух проекциях - прямой и в три четверти - для полного представления о величине камня и заполнении им чашечек почки. Однако наличие на обзорной рентгенограмме тени, подозрительной на конкремент почки или мочеточника, не следует рассматривать как окончательный диагноз мочекаменной болезни. Обнаружение тени может быть обусловлено камнем желчного пузыря, поджелудочной железы, каловыми камнями, обызвествленными лимфоузлами, остатками бария после ранее проведенного рентгенологического исследования желудочно- кишечного тракта. Все они могут имитировать картину мочекаменной болезни.

Косвенной отличительной особенностью флеболитов являются четкие круглые контуры с просветлением в центре. Вот почему обзорный снимок практически в 98% случаев дополняется выполнением экскреторной урографии. Это исследование не показано больным с острой почечной коликой, у которых экскреторная урография на стороне поражения бывает неинформативна из-за нарушения микроциркуляции.

Экскреторная урография дает четкое представление об анатомическом состоянии почек и расположении камня, косвенно указывает на их функциональное состояние, а также функциональное состояние верхних и нижних мочевых путей. Своевременность (7-10 мин) накопления контрастного вещества в почке с визуализацией чашечно-лоханочной системы позволяет судить о функциональном их состоянии, определить вид лоханки (внутри - и внепочечный тип), степень ретенции (расширение) чашечно-лоханочной системы. Тень камня представляет собой дефект контрастирования мочевыделительной системы. Визуализация мочеточника позволяет дифференцировать флеболиты от камня, над которым, как правило, определяется стаз контрастного вещества - симптом «указательного пальца». Окончательный диагноз камня мочеточника помогают установить рентгеновские снимки в три четверти (полубоковое) и после мочеиспускания.

Выполнение одного из снимков при экскреторной урографии (15 мин) в положении стоя (особенно у женщин) позволяет исключить или подтвердить диагноз нефроптоза, который может быть также причиной камнеобразования.

Экскреторная урография бывает малоинформативной при рентгенонегативных камнях мочеточника, за исключением случаев констатации стаза (симптом «указательного пальца») над препятствием, что может иметь место в при опухоли мочеточника.

В тех редких случаях, когда диагноз после проведенного обследования остается сомнительным или тень камня не видна, предпринимается ретроградная уретеропиелография. Доведя катетер до препятствия, вводят жидкое контрастное йодсодержащее вещество или кислород - пневмопиелография. Интерпретация результатов ретроградной пиелографии при наличии дефекта не должна быть поспешной, поскольку аналогичный дефект может быть обусловлен опухолью лоханки либо попаданием пузырьков воздуха. Если при введении контрастного вещества камень определяется как «минус» контрастная тень, то после введения кислорода имеет место «плюс» тень. Ретроградная пиелография предпринимается также для исключения стриктуры мочеточника, располагающейся ниже месторасположения камня, и ее протяженности.

В редких случаях для дифференциальной диагностики между камнем и опухолью мочеточника прибегают к инвазивному вмешательству - диагностической ретроградной эндоскопической уретеропиелоскопии. Данная манипуляция может закончиться дроблением камня (контактная литотрипсия) либо биопсией опухолевой ткани.

Ядерно-магнитно-резонансное исследование значительно повысило диагностическую информативность исследования, поскольку на качество снимка не влияет аэроколия, часто являющаяся помехой для интерпретации экскреторных урограмм. Необходимо помнить, что ядерно-магнитно-резонансное исследование не сопряжено с рентгеновской нагрузкой на пациента, что позволяет выполнять его даже у беременных женщин.

Компьютерная томография для диагностики камней применяется крайне редко, поскольку несет большую рентгеновскую нагрузку и не дает представления об анатомическом и функциональном состоянии мочевых путей. При коралловидных камнях компьютерная томография позволяет получить четкую стереометрическую картину коралловидного камня и установить плотность структуры камня (в плане возможности применения дистанционной ударно-волновой литотрипсии).

Радиоизотопное исследование (динамическая нефросцинтиграфия) позволяет исследовать функциональное раздельное состояние почек, оценив их секреторную и эвакуаторную способность. У больных с камнем в почке, а также ранее оперированных на почке изотопное исследование дает возможность изучить посегментарное состояние клубочковой и канальцевой функции.

Не менее важным является радинуклидное исследование функции паращитовидных желез с позиции генеза камнеобразования и выбора лечения: забор крови из паращитовидных вен для определения уровня паратгормона, которое показано при двустороннем и быстро рецидивирующем нефролитиазе.

Ангиографическое исследование в связи с внедрением высокой информативных и малоинвазивных методов исследования применяется все реже, однако оно оказывает неоценимую помощь хирургу при выполнении повторных открытых оперативных вмешательств при коралловидном нефролитиазе, когда предполагается выполнение нефротомий, позволяет оценить ангиоархитектонику и выработать меры профилактики ранения крупных сосудов .

Лабораторные исследования в диагностике мочекаменной болезни играют важную роль в установлении химической структуры камня и метаболических нарушении. Знание последних позволяет назначить обоснованное метафилактическое лечение и привести контроль за его эффективностью.

В экстренной ситуации развернутый клинический анализ крови позволяет выявить лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, повышенную СОЭ, указывающих на развитие воспалительного процесса в почке. Эти данные могут предопределить тактику дальнейшего лечения. Наряду с указанными выше лабораторными исследованиями показано изучение следующих функциональных показателей: уровня мочевины в крови, уровня креатинина в крови, клиренса эндогенного креатинина, уровня мочевой кислоты в крови и моче, уровня кальция в крови и моче, уровня белка в моче, удельного веса (относительная плотность) мочи.

Посев мочи на микрофлору и определение ее чувствительности к антибиотикам необходимо производить до назначения антибиотиков, поскольку их прием может существенно повлиять на результат исследования.

Для профилактики рецидива камнеобразования у больных с мочекислым и кальций- оксалатным уролитиазом необходимо выполнение дополнительных методов исследования: определение средних молекул крови, хлоридов крови, pH крови, уровня ионизированного кальция крови (при рецидивном и коралловидном нефролитиазе), суточной экскреции цитратов, магния, калия, осмолярности мочи (у больных со сниженным клиренсом эндогенного креатининa), проведение теста Говарда (позволяет выявить нарушение функции паращитовидных желез, что может являться причиной неэффективности лечения и злокачественного течения мочекаменной болезни).

.8 Принципы лечения

В настоящее время существуют различные методы лечения мочекаменной болезни. Они делятся на консервативные и оперативные, а также инвазивные (когда проводится вмешательство врача с помощью определенных инструментов) и неинвазивные (когда используемые инструменты не вводятся в тело больного).

Кроме того, следует отметить, что существуют методы экстренного лечения (при почечной колике) и планового характера, когда у больного нет острых проявлений камня в почке. Первым лечением при обнаружении камня в почках является купирование почечной колики.

· Почечная колика довольно часто проявляется выраженными болями, некоторые пациенты, по их словам, готовы буквально «лезть на стену от боли»! Поэтому быстрое купирование болевого синдрома - самый важный аспект в лечении почечной колики .

Лечение почечной колики осуществляется в стационаре больницы если: Колика протекает с повторяющейся рвотой, резким увеличением температуры, невозможностью мочеиспускания, Медикаменты не облегчают состояния пациента, Колика у пациента с одной удаленной почкой.
Главными задачами при лечении являются: облегчение состояния пациента и нормализация работы мочевыделительной системы. Обезболивающие и спазмолитики при почечной колике - это основные препараты первой помощи. Используются исключительно ненаркотические анальгетики: баралгин в виде инъекций внутривенных или внутримышечных но-шпа таблетки смесь глюкозы и новокаина с платифиллином, баралгином и но-шпой в виде капельниц анальгин с пипольфеном и платифиллином внутримышечно галидор с пипольфеном внутримышечно атропин подкожно спаздолзин в виде свечей диклофенак в виде свечей или таблеток промедол с папаверином, димедролом и но-шпой. В последующем после снятия боли, назначаются препараты для нормализации работы мочевыделительной системы: урокалун литовит спазмоцистенал пинабин олиметин ависан.

· Общие принципы поведения при мочекаменной болезни:

Обильное питье. Каковы бы ни были причины возникновения МКБ, концентрированная моча способствует образованию новых камней или «росту» уже имеющихся. В случае нефролитиаза рекомендуется не менее 2 литров жидкости в течение суток.

· Диета: для выбора диеты при мочекаменной болезни нужно знать химический состав камня. Рацион питания может или ускорять их растворение, или способствовать их образованию и рецидиву мочекаменной болезни даже после выхода камня.

## Ураты.

§ Образуются при избыточном содержании в моче конечного продукта пуринового обмена - мочевой кислоты.

Пурины содержатся в большом количестве в мясе, особенно молодых животных (цыпленок, телятина), субпродуктах, высока их концентрация в студнях и наваристых бульонах. Избыток пуринов в грибах и бобовых. Диета разрешает, есть отварное мясо или рыбу не чаще 3 раз в неделю.

§ Резко снижают экскрецию мочевой кислоты почками алкогольные напитки, особенно пиво и красное вино. Содержание этих продуктов в диете должно быть снижено.

§ Мало пуринов содержат овощи, крупы и молочные продукты. То есть при уратном нефролитиазе желательно придерживаться молочно-растительной диеты.

Картофель, помидоры, сладкий перец, баклажаны; гречу, пшено, ячневую крупу и макароны; орехи и семечки; молоко и кисломолочные продукты, творог и неострые сыры; яйца, любые ягоды и фрукты можно есть в неограниченном количестве.

§ Мочевая кислота кристаллизуется в кислой среде, поэтому при мочекислых диатезах мочу нужно защелачивать. Для этого подойдут щелочные минеральные воды (Боржоми, Джермук, Обуховская), лимонный сок и цитратные смеси (блемарен).

§ В качестве фитотерапии можно пользоваться отварами клевера, листьев черной смородины, цветов василька, корней лопуха и одуванчика.

## Оксалаты.

Избыток оксалатов может образоваться при повышенном употреблении продуктов, содержащих щавелевую кислоту или витамин С, который в организме до неё метаболизируется, а также при повышенном всасывании щавелевой кислоты, что связывают с дефицитом кальция и витамина В6.

§ Поэтому из питания, прежде всего, исключают продукты, богатые щавелевой кислотой: салат, шпинат, свеклу, сельдерей, петрушку, чай и кофе, шоколад и какао, желе и студни.

§ Ограничивают морковь, помидоры, зеленую фасоль, курицу и говядину.

§ Разрешаются картошка и капуста, тыква, горох, груши, абрикосы, бананы и арбузы, все крупы, молочные продукты, лучше в 1-ю половину дня.

§ Нельзя принимать витамин С в качестве пищевой добавки, исключаются из рациона продукты, где аскорбиновая кислота выступает в роли консерванта. Ограничивают продукты, содержащие много витамина С: цитрусовые, смородина, шиповник, кислые яблоки.

§ Необходимы продукты, богатые витамином В6, кальцием и магнием (картофель, орехи, цельные злаки).

§ Эффект от щелочного питья небольшой, а вот фитотерапия - пол- пала, марена красильная, листья березы и корни фиалки - очень рекомендуются.

## Фосфаты.

Кальциевые соли фосфорной кислоты (апатиты) образуются на фоне нарушений фосфорно-кальциевого обмена (гипервитаминоз Д, избыток паратиреоидного гормона, почечно-канальцевый ацидоз), поэтому для этой разновидности мочекаменной болезни важно снижение экскреции кальция почками.

Условие формирования магниевых соединений (струвитов) - инфекция мочевыводящих путей, поэтому для их профилактики нужен хороший иммунитет.

Но и те и другие кристаллизуются в щелочной среде, поэтому одна из основных целей диеты при фосфатурии - подкисление мочи.

§ Резко уменьшают в питании овощи и фрукты, кроме тыквы, фасоли, гороха, спаржи и брюссельской капусты (в них мало кальция и защелачивающих компонентов), и кислых ягод - клюква, смородина, брусника.

§ Ограничиваются молоко и молочные продукты (сыр, творог), оказывающие ощелачивающее действие и богатые кальцием

§ Исключают продукты, повышающие секрецию желудочного сока, а, следовательно, приводящих к потере кислых радикалов: алкоголь, кофе, пряности и острые закуски, газированные напитки.

§ Избыток поваренной соли повышает выведение кальция, поэтому при наличии апатитов соленые продукты тоже нежелательны.

§ Можно есть мясо и рыбу, макароны и хлеб, каши и супы, сливочное и растительное масло. Особенно не следует пренебрегать сливочным маслом, которое, наряду с печенью и яичным желтком, богато витамином А. Установлено, что ретинол способствует профилактике инфекции и снижает камнеобразование.

§ На фоне постоянно соблюдаемой диеты нужно периодически устраивать «кальциевые» дни - есть творог, сыр, орехи - это предотвратит неприятные последствия гипокальциемии и не приведет к росту конкрементов.

§ Как при любом варианте мочекаменной болезни, при фосфатурии нужно много пить, причем напитки лучше выбирать кислые - морсы из клюквы и брусники, сок из кислых сортов яблок и винограда, минеральные воды типа Арзни, Доломитная, Трускавецкая, Саирме.

§ Можно обратить внимание и на травяные чаи, особенно с использованием трав, повышающих растворимость фосфатов: корень лопуха, марена красильная, девясил, толокнянка, любисток, золототысячник.

Таким образом, диетические рекомендации возможны, если природа камня установлена, во всех остальных случаях не нужно действовать наугад.

· Рекомендуется физическая активность: Малоподвижность, сидячий образ жизни провоцируют возникновение камней, а ходьба, бег, прыжки - выведению микролитов .

· Удаление камня, есть 2 метода:

Консервативный метод(лекарства, фитотерапия, диета)

Хирургический метод: самым прогрессивным и революционным методом извлечения камней является лазер. При этом мало противопоказаний:

· небольшой размер камня - до 2 см в диаметре;

· возраст старше 60 лет;

· коралловидная форма камня почек;

· выраженный гидронефроз;

· полная локализация камня в мочеточнике.

Удаление лазером позволяет уменьшить боль, ликвидировать воспаление, размельчить камни до размеров песчинки. А главное - это абсолютно безболезненная процедура без наркоза. Длительность ее составляет несколько минут. Не нужно брать больничный: не требует госпитализации и не оказывает вредного действия на организм. Эффективность удаления камней лазером очень значительная: до 86%. Любые камни, любой формы и за одну процедуру - вот положительные и впечатляющие плюсы удаления лазером.

Удаление камней лазером проводится в операционной под постоянным контролем УЗИ, под обезболиванием и при малой травматичности. С помощью специального эндоскопического оборудования осуществляется доступ к камню через мочевыводящие пути: на монитор микроскопическая видеокамера проецирует полное изображение камня, и оперирующие врачи контролируют и удаляют весь камень. Помимо камеры устанавливается специальный манипулятор с лазером. От его воздействия камень обращает его в песок. Потом в мочеточник нагнетается жидкость, вымывающая мелкие элементы разбитого камня через специальный отсос или мочеточник. Лучшим является отсос - предупреждает перерастяжение почечной лоханки.

В большинстве своем после процедуры уже на следующий день можно работать. Иногда в почку вводится внутренний мочеточниковый стент. Его удаляют через 3-7 дней. Возможность развития осложнений мала. Но есть риск повреждения мочеточников, формирование структур мочеточников, инфекционных осложнений, кровотечение.

Следует отметить, даже при выведении всех камней лазером никто не дает гарантий, что они не появятся снова. Возможность рецидивирования камней составляет от 45 до 55%. Даже после оперативного вмешательства лечение болезни этим не завершается. Необходимо под наблюдением профессионала продолжительное лечение консервативными методами с целью профилактики предупреждения вторичного формирования камней.

· Физиотерапия: в составе комплексного консервативного лечения пациентов с мочекаменной болезнью применяют различные физиотерапевтические методы (амплипульс-терапию, лазеромагнитотерапию, ультразвуковую терапию), направленные как на ускорение отхождения камня из мочеточника, так и на лечение сопутствующего пиелонефрита .

· Санаторно-курортное лечение показано при мочекаменной болезни как в период отсутствия камня (после его удаления или самостоятельного отхождения), так и при наличии конкремента. Оно эффективно при камнях почки, размеры и форма которых, а также состояние верхних мочевыводящих путей позволяют надеяться на их самостоятельное отхождение под влиянием мочегонного действия минеральных вод .

2.9 Профилактика

. В профилактике мочекаменной болезни основное значение имеет нормализация оттока мочи (уродинамика мочевыводящих путей) и улучшение функции почек. Необходимо вовремя выявлять и в случае обнаружения лечить заболевания почек и мочевыводящих путей, которые ухудшают уродинамику и тем самым нарушают функцию почек (различные аномалии органов мочевой системы, сужение мочеточника и мочеиспускательного канала, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, опухоль мочевого пузыря и др.).

Также важной мерой профилактики мочекаменной болезни является упорядочение пищевого и питьевого режимов. Для предупреждения возникновения камней любого химического состава большую роль играют равномерное и разнообразное питание, рациональное употребление в пищу всех основных питательных веществ, недопустимо злоупотребление каким-либо одним видом продуктов, переедание. Пища должна быть богата основными витаминами.

. Соблюдение питьевого режима. В питьевом режиме наиболее важно, чтобы количество жидкости составляло от 1,5 до 3 л в сутки для уменьшения концентрации солей в моче и облегчения отхождения песка и мелких камней. Однако без назначения врача нельзя употреблять более 0,5 л любой минеральные воды, особенно сильно минерализованной (даже если она предназначена для лечения болезни почек), так как содержит в повышенном количестве те или иные соли, которые могут вызвать камнеобразование.

доврачебный почечный мочекаменный болезнь

3. Соблюдение диеты. Индивидуальную диету назначают с учетом химического состава камней.

3.1 Роль медицинской сестры

Проблемы пациента:

Боли в поясничной области.

Учащенное и болезненное мочеиспускание.

Тошнота, рвота, слабость.

Потливость.

Недостаток знаний о самопомощи при почечной колике.

Недостаток информации о сущности заболевания, причинах мочекаменной болезни и причинах почечной колики.

Необходимость постоянно соблюдать диету.

Страх перед возможным хирургическим лечением.

Сбор информации при первичном обследовании:

А. Расспрос пациента о:

месте рождения и проживания;

перенесенных заболеваниях (пиелонефрит, заболевания предстательной железы, нефроптоз, аномалии развития мочевыделительной системы);

особенностях питания и потребления жидкости;

составе питьевой воды;

частоте опорожнения мочевого пузыря; наличии заболевания у ближайших родственников;

частоте возникновения приступов почечной колики и причинах, ее вызывающих;

наблюдении врачом-урологом и проводимом ранее лечении;

жалобах пациента в момент осмотра.

Б. Осмотр пациента:

положение в постели;

цвет кожных покровов;

измерение пульса и артериального давления;

определение симптома поколачивания по пояснице.

Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:

. Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать диету, предписанную врачом, разъяснив ее содержание. о режиме питания и питьевом режиме (пить до 2-3 л жидкости в день), о физических нагрузках, регулярности опорожнения мочевого пузыря.

. Обеспечить проверку передач пациенту.

. Оказывать доврачебную помощь при приступе почечной колики.

. Контролировать:

соблюдение пациентом режима, назначенного врачом;

соблюдение диеты;

пульс и артериальное давление;

количество выпиваемой за сутки жидкости;

суточный диурез; цвет мочи;

прием лекарственных препаратов.

. Обучить пациента самопомощи при приступе почечной колики.

. Информировать пациента о лекарственных препаратах, назначенных врачом (доза, правила приема, побочные эффекты, переносимость).

. Подготавливать пациента к:

· Сбору анализов мочи:

Накануне сдачи анализа рекомендуется не употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и пр.), не принимать диуретики.

Перед сбором мочи надо произвести тщательный гигиенический туалет половых органов. Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации. Собрать примерно 50 мл утренней мочи в контейнер. Для правильного проведения исследования при первом утреннем мочеиспускании небольшое количество мочи (первые 1 - 2 сек.) выпустить в унитаз, а затем, не прерывая мочеиспускания, подставить контейнер для сбора мочи, в который собрать приблизительно 50 мл мочи.

Сразу после сбора мочи плотно закрыть контейнер завинчивающейся крышкой.

· УЗИ почек: Ультразвук хорошо проходит через жидкость, но его проведение невозможно при наличии газов, воздуха. Поэтому проведению исследования мешает наличие большого количества газов в брюшной полости. Подготовка пациента к УЗИ почек заключается в освобождении кишечника от шлаков и газов.

За три дня до проведения исследования из пищевого рациона необходимо исключить черный хлеб, свежее молоко, картофель, капусту, сырые овощи и фрукты, сладости. В течение трех дней нужно принимать активированный уголь, Эспумизан или другие энтеросорбенты, снижающие проявления метеоризма и скопление газов в кишечнике. Накануне исследования ужин должен быть легким, не позже 19 часов. После ужина необходимо сделать очистительную клизму. В день проведения исследования прием пищи и питье не ограничивается.

Показания к проведению УЗИ

Перед тем, как готовиться к УЗИ почек, следует знать, что исследование необходимо при наличии симптомов, сопровождающих различные заболевания почек. Проведение ультразвукового исследования показано при:

· частых головных болях с повышенным артериальным давлением;

· наличии периферических отеков, пастозности век и одутловатости лица, отечности ног;

· болях в поясничной области и нарушении мочеиспускания.

· Урографии: Обычно перед урографией почек пациенту назначают сдать кровь для изучения ее биохимического состава - так исключают почечную недостаточность, при которой проводить обследование нельзя. За два дня до проведения урографии пациенту рекомендуется исключить из своего рациона продукты, вызывающее излишнее газообразование. За три часа до процедуры есть не разрешается. Если врач сочтет необходимым, можно накануне принять слабительное. Пациент перед проведением урографии почек должен проинформировать врача о тех лекарствах, которые принимает, о наличии аллергии на препараты йода. Непосредственно перед обследованием необходимо снять с себя предметы, содержащие металл: украшения, очки, протезы и т.д. Процедура безболезненна, длится не больше полутора часов. Пациент может находиться в лежачем положении или в положении стоя.

· Цистоскопии: Перед исследованием проводятся предварительные анализы крови и мочи, по результатам которых специалистом может быть принято решение об отмене процедуры.

Противопоказаниями к цистоскопии являются острые воспаления мочевого пузыря, уретры, предстательной железы.

При беременности проведение данного обследования проводится с целью дренирования почки при наличии примеси крови в моче, мочекаменной болезни и остром пиелонефрите. Это исследование возможно только в крайних случаях, поскольку травмирование может привести к выкидышу.

Подготовка пациента к цистоскопии включает:

· опорожнение мочевого пузыря;

· туалет половых органов;

· заполнение мочевого пузыря специальным раствором или водой.

Больным, испытывающим страх перед болью, обследование может быть проведено под наркозом.

8. Обучить пациента подготовке к дополнительным методам обследования.

Цели сестринского вмешательства:

Пациент не будет испытывать страх из-за кровянистой мочи:

. Объяснить пациенту суть его заболевания.

. Информировать пациента о предстоящих методах обследования, о подготовке к исследованиям мочи, крови, рентгенологическим исследованиям.

.Подготовить гемостатические средства: кальция хлорид 10%. викасол 1%. дицинон (этамзилат) 12.5%,амнинокапроновую кислоту 5%.

. Ввести гемостатические средства по назначению I врача.

. Побеседовать с родственниками о правилах ухода за пациентом

Через 30 минут пациент не будет испытывать боль в поясничной области :

.Обеспечить пациента теплой сухой постелью.

. Установить температуру в комнате 22-23'С.

. Поместить пациента в теплую ванну (при невозможности - приложить грелку к поясничной области и на живот).

. Ввести внутримышечно 2-4 мл 50% раствора анальгина или 1 мл 0,2% раствора платифиллина

. Вызвать врача.

. Если боль не купирована, по назначению врача ввести внутривенно 1 мл 2(1)% раствора промедола вместе с 10 мл 0.9% натрия хлорида.

. Проследить за обильным питьем жидкости

Отеки у пациента уменьшатся:

.Обеспечить пациенту диету с ограничением жидкости до 1 литра в сутки и соли до 6-10 г в сутки.

. Следить за высокой температурой в комнате для выведения влаги через кожу.

. При задержке мочи камнем выполнить катетеризацию мочевого пузыря.

. Выполнить все назначения врача.

. Провести беседу с родственниками о разрешенных передачах продуктов.

Пациент не будет испытывать жар и озноб:

. Придать пациенту удобное положение в постели.

. Тепло укрыть одеялами, положить грелки к пояснице, конечностям при ознобе.

. Обильное питье пациентом жидкости (соков, компотов, чая) - при жаре.

. Пузырь со льдом подвесить над голова пациента - при жаре.

. В диете ограничить острые, экстрактивные, соленые блюда. Запретить алкоголь.

. Своевременно выполнять назначения врача по введении антибактериальных лекарственных средств

Пациент не будет испытывать опасность обострения симптомов дома после выписки из стационара :

1. Обучить пациента навыкам самоухода при отеках, тошноте; правилам соблюдения диеты.

. Провести беседу с родственниками - членами семьи о содержание постельного белья сухим; правилах приготовления диетических блюд, использование необходимой литературы по профилактике заболевании почек.

Первая доврачебная помощь при почечной колике производится в тех случаях, когда диагноз не вызывает сомнений, то есть при повторных типичных приступах у больных с установленным диагнозом мочекаменной болезни. Теплая ванна или грелка на область поясницы способствуют снятию спазма мочеточника и отхождению конкрементов. Можно воспользоваться спазмолитиками из домашней аптечки. Чаще всего рекомендуют Баралгин (медицинский препарат, содержащий спазмолитики и анальгетик). Вместо него можно принять Но-шпу или папаверин (спазмолитики). При отсутствии названных лекарств можно использовать нитроглицерин (полтаблетки под язык), который также расслабляет гладкомышечную мускулатуру, и способен снять спазм мочеточника. До приезда врача больному советуют записывать принятые медицинские препараты, и контролировать мочу на предмет отхождения конкрементов (лучше всего собирать мочу в какой-либо сосуд). Следует учесть, что наличие мочекаменной болезни не исключает возможности развития другой острой патологии (к примеру, аппендицита). Поэтому, если приступ протекает атипично, лучше ничего не предпринимать до приезда врача. Тепло и спазмолитики могут усугубить инфекционно-воспалительные процессы в случае острого аппендицита или другого заболевания из группы патологий с клиникой "острого живота".

.2 Неотложная врачебная помощь

Препараты, помогающие снять боль при почечной колике. После постановки предварительного диагноза почечной колики, прежде всего, необходимо снять болевой синдром. Для этого пациенту вводят спазмолитики или анальгетики. Препараты выбора:

. Метамизол натрия (Баралгин М). Нестероидное противовоспалительное средство, анальгетик. Применяется при болевом синдроме средней интенсивности. Взрослым и подросткам старше 15 лет вводят внутривенно, медленно (со скоростью 1 мл/мин). Перед введением ампулу следует согреть в руке. После введения возможно окрашивание мочи в розовый цвет (клинического значения не имеет). Не совместим с алкоголем, так что хронический алкоголизм является относительным противопоказанием к введению препарата. Баралгин М также лучше не назначать пациентам с хроническими заболеваниями почек (пиело- и гломерулонефриты), а почечная недостаточность является абсолютным противопоказанием. Кроме того, препарат противопоказан при повышенной чувствительности к пиразолонам (Анальгину).

. Кеторолак. Нестероидное противовоспалительное средство, анальгетик. Применяется при сильном болевом синдроме. Препарат вводят в дозе 1 мл внутривенно, медленно (1 мл/15 секунд). Возраст младше 16 лет является противопоказанием к назначению препарата. Кроме того, препарат противопоказан при бронхиальной астме, тяжелой почечной недостаточности и язвенной болезни в стадии обострения.

. Дротаверин (Но-шпа). Спазмолитик. Вводят внутривенно, медленно 2-4 мл стандартного раствора (2%). Противопоказан при гиперчувствительности к препарату и выраженной почечной недостаточности. С осторожностью применяют при склонности к гипотензии, открытоугольной глаукоме, выраженном атеросклерозе коронарных артерий, гиперплазии предстательной железы.

· Показания к госпитализации при синдроме почечной колики: Пациенты с синдромом почечной колики подлежат экстренной госпитализации в следующих случаях:

· двусторонняя почечная колика; почечная колика при единственной почке; пожилой возраст;

· отсутствие положительной динамики после введения препаратов (некупирующаяся почечная колика);

· наличие клинических признаков осложнений (высокая лихорадка с ознобами, анурия (отсутствие отхождения мочи), тяжелое общее состояние больного);

· отсутствие условий для возможности амбулаторного контроля и лечения.

Транспортировку пациентов с почечной коликой осуществляют на носилках, в положении лежа. В тех случаях, когда диагноз почечной колики вызывает сомнения, больных госпитализируют в приемное отделение многопрофильного стационара.

Рекомендации по купированию почечной колики для оставленных дома больных: Почечную колику можно лечить амбулаторно, когда есть условия для обследования и лечения, а диагноз не вызывает сомнений. Так что при позитивном эффекте от введения анальгетиков у больных молодого и среднего возраста, им можно дать рекомендации по купированию почечной клиники в домашних условиях. При почечной колике назначается постельный или полупостельный режим, строгая диета (стол N10, при диагностированном уратном уролитиазе - стол N6).

Для дальнейшего купирования болевого синдрома рекомендуют тепловые процедуры. Как правило, хороший эффект дают грелка на область поясницы, или горячая ванна. Следует своевременно опорожнять мочевой пузырь, используя при этом специальный сосуд для последующего контроля отхождения конкрементов.

Пациенты должны знать, что вызывать карету скорой медицинской помощи следует в следующих случаях:

· повторный приступ почечной колики;

· появление лихорадки;

· тошнота, рвота;

· снижение количества отделяемой мочи;

· ухудшение общего состояния.

Всем больным, оставленным на амбулаторное лечение, рекомендуется посетить уролога в поликлинике, и пройти дополнительное обследование. Нередко в дальнейшем назначают лечение в стационаре.

Заключение

В ходе проделанной работы была выявлена актуальность и острота проблемы заболевания мочекаменной болезнью среди населения. Были выполнены все поставленные задачи: изучили патогенез и этиологию заболевания мочекаменная болезнь, обозначили основные направления и способы лечения данной патологии, подробно рассмотреть основную группу препаратов для лечения мочекаменной болезни - спазмолитические средства,, выявили основные фармакологические показатели препаратов в лечении мочекаменной болезни.

Разнообразие причин и клинических форм мочекаменной болезни делает профилактику заболевания сложной задачей, которая должна быть максимально индивидуализирована в зависимости от клинической формы заболевания, химического состава мочевых камней, выявленных изменений в лабораторных показателях и т.д.

Профилактическое лечение основывается на диетических рекомендациях, коррекции биохимических изменений.

Профилактика и метафилактика (предупреждение рецидива) мочекаменной болезни основывается на лечении обменных нарушений, приводящих к камнеобразованию, своевременном лечении хронического пиелонефрита и восстановлении нарушенного оттока мочи.

Лечебные мероприятия при мочекаменной болезни должны заключаться не только в удалении камня (или его самостоятельного отхождения), но и в проведении необходимого профилактического лечения с целью предотвращения рецидивного камнеобразования. Рецидивы заболевания в зависимости от той или иной формы мочекаменной болезни возникают у 10-40% больных мочекаменной болезнью без профилактического лечения

Список литературы

1. Смолева Э.В. Терапия с курсом первичной медицинской помощи, Ростов на Дону, «Феникс», 2012

. Вощула В.И.- Мочекаменная болезнь

. Попова Ю.- Болезни почек и мочевого пузыря, 2008

4. Тиктинский О.Л., Александров В.П. - Мочекаменная болезнь, Москва, 2010

. Европейской урологическая ассоциация EAU- Рекомендации по ведению больных с инфекциями почек, мочевых путей,2012

. Косев П.А. Полный справочник лекарственных растений / Косев П.А. - М.: ЭКСМО - пресс, 2010.

. Немцов В. И. Правильное питание при нарушениях обмена веществ. - Москва, Диля, 2008.

. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. - М.: АстраФармСервис, 2011.