# **План**

I. Боль в пояснице в ногах при поражении нервной системы

1. Люмбаго
2. Пояснично-крестцовый радикулит (радикулопатия)
3. Поражение бедренного нерва

II. Заболевания мужских половых желез и полового члена

* 1. Острый простатит и острый везикулит
	2. Рак предстательной железы
	3. Острый эпидидимит и орхит
	4. Заболевания яичка
	5. Парафимоз
	6. Приапизм
	7. Заболевания уретры

Литература

**I. Боль в пояснице в ногах при поражении нервной системы**

Боль в поясничной области может быть следствием остеохондроза позвоночника и проявляться как люмбаго или люмбалгия.

**1. ЛЮМБАГО**

Возникновение при люмбаго болевых феноменов обусловлено раздражением рецептора, расположенных в области фиброзного кольца пораженного диска или прилегающих к нему связок. В ответ возникает тоническое напряжение мышц. Заболевание характеризуется острой болью в поясничной области, возникает при физическом напряжении или при неловком движении. Больной как бы застывает в неудобном положении, не может разогнуться. Любые движения вызывают резкое усиление боли. При обследовании больного выявляется уплощение поясничного лордоза, нередко имеется выраженный сколиоз. Длинные мышцы спины резко напряжены. При люмбалгии боль начинается постепенно, бывает ноющей, усиливается при движениях. При пальпации можно обнаружить болезненность остистых отростков на уровне поясничных сегментов. Уплощение поясничного лордоза и сколиоз выражены меньше.

**2. ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ РАДИКУЛИТ (РАДИКУЛОПАТИЯ)**

Основная причина заболевания - дегенеративные изменения в позвоночнике. Заболевание проявляется болью в поясничной области с иррадиацией в одну, реже в обе ноги.

Болевому синдрому сопутствуют возникновение сколиоза и симптомы натяжения нервов (симптом Ласега - возникновение боли при сгибании ноги в коленном суставе), симптомы раздражения и выпадения. Явления парестезии и стреляющая боль могут распространяться по наружной поверхности бедра, передней поверхности голени до зоны 1 пальца, отмечаются слабость в длинном разгибателе большого пальца, сухожильные рефлексы остаются нормальными. Компрессия 1 крестцового корешка сопровождается болью, распространяющейся до зоны V пальца; отмечаются гипотрофия и слабость в задней группе мышц голени. Снижается или исчезает ахиллов рефлекс. Боль усиливается при движениях в пояснице, особенно при наклонах вперед. При распознавании заболевания следует помнить о возможности наличия острого туберкулезного коксита, при котором отмечается болезненность тазобедренного сустава при пальпации, при нагрузке на сустав, при поколачивании по колену, при вращении бедра в тазобедренном суставе.

Следует помнить о синдроме грушевидной мышцы. При развитии нейроостеофиброза этой мышцы проходящий рядом седалищный нерв подвергается сдавлению, что сопровождается появлением боли в голени и стопе, иногда развивается синдром перемежающейся хромоты.

**3. ПОРАЖЕНИЕ БЕДРЕННОГО НЕРВА**

Изолированное поражение бедренного нерва встречается крайне редко; оно обусловливается компрессией нерва. Обычно нейропатию бедренного нерва имитирует радикулопатия 2-4 поясничных корешков. Характерны боль по передневнутренней поверхности бедра, снижение силы четырехглавой мышцы, выпадение или снижение коленного рефлекса. При пальпации отмечается болезненность по ходу бедренного нерва. Выявляется симптом Мацкевича (болезненность по передневнутренней поверхности бедра при сгибании ноги в коленном суставе при положении больного лежа на животе). Болевой синдром, обусловленный поражением верхних поясничных корешков, следует отличать от боли, обусловленной воспалительным процессом подвздошно-поясничной мышцы (псоит). Для заболевания характерна сгибательная контрактура бедра, болезненность при пальпации живота и при ректальном исследовании.

Неотложная помощь. Необходимо обеспечить иммобилизацию поясничного отдела позвоночника, больного следует уложить на жесткую постель. Назначают сухое тепло, раздражающие средства - горчичники, перцовый пластырь, обезболивающие растирания. Для снятия мышечного тонического напряжения прибегают к инфильтрации соответствующих мышц новокаином, можно в сочетании с гидрокортизоном. Показаны анальгетики: ацетилсалициловая кислота по 0,5-1 г, амидопирин по 0,25-0,5 г, анальгин по 0,5-1 г внутрь либо 1 мл 50% раствора внутримышечно, индометацин по 0,025 г, ибупрофен по 0,2-0,4 г, вольтарен по 0,025 г, реопирин по 1 таблетке или 5 мл внутримышечно, баралгин по 1 таблетке внутрь либо 5 мл внутримышечно, диуретики фуросемид по 0,04 г, гипотиазид по 0,025-0,05 г.

Госпитализация обычно не требуется. Однако в случае развития пареза и нарушения функции тазовых органов показана срочная госпитализация.

**II. Заболевание мужских половых желез и полового члена**

**1. ОСТРЫЙ ПРОСТАТИТ И ОСТРЫЙ ВЕЗИКУЛИТ**

Боль локализуется в основном в области промежности и заднего прохода, иррадиирует в крестец, в паховые сгибы, по ходу семенных - канатиков и носит стреляющий характер. Больной стремится лежать на спине. При абсцедировании к боли, связанной непосредственно с гнойным процессом в железе, присоединяется боль в области мочевого пузыря, острая задержка мочи, вынуждающая к срочной эпицистостомии.

**2. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Острая боль появляется в поздней стадии вследствие прорастания опухолью окружающих органов и тканей, сдавления нервных сплетений. В случае роста опухоли кзади в клинической картине преобладают запоры. Дизурия может быть незначительной. Нередко таких больных лечат ошибочно по поводу ишиорадикулита. В связи с этим у мужчин с упорной болью типа ишиалгии необходимо проводить исследование прямой кишки и предстательной железы, как и при любой, боли в области предстательной железы и семенных пузырьков.

Неотложная помощь. При острых простатитах и везикулитах назначают антибактериальную терапию - внутримышечное введение пенициллина по 300000 ЕД 4 раза в сутки, стрептомицина по 250000 ЕД 2 раза в сутки. Вводят обезболивающие средства: свечи с белладонной, 1 мл 2% раствора промедола подкожно, назначают тепловые процедуры - сидячие ванны, микроклизмы с ромашкой или шалфеем. Острую задержку мочи ликвидируют катетеризацией мочевого пузыря. При неудаче с катетеризацией производится надлобковая пункционная эпицистостомия в условиях стационара.

Госпитализация при острых воспалительных заболеваниях в урологический стационар.

**3. ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ И ОРХИТ**

Характерна острая боль в пораженной половине мошонки, распространяющаяся вверх - в паховые сгибы, поясницу. Боль усиливается при движении, при пальпации яичка и уменьшается в состоянии покоя, под влиянием тепла. Обычно температура тела повышена. Пораженная половина мошонки заметно увеличена. Подобная картина характерна для любой стадии острых неспецифических воспалений яичка, придатка или их обоих. В ряде случаев туберкулезные эпидидимиты также начинаются остро (обычно туберкулезные поражения придатков яичка проявляются незначительной ноющей болью). Несмотря на типичную клиническую картину, в некоторых случаях при остром эпидидимите ставят ошибочный диагноз ущемления пахово-мошоночной грыжи.

**4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧКА**

ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА чаще бывает у детей и подростков и сопровождается острой болью. Яичко в таких случаях напряженное, резко болезненное. Боль распространяется по ходу семенного канатика, определяется напряжение передней брюшной стенки. Диагностические затруднения могут возникнуть при перекруте яичка, расположенного внутрибрюшинно. В этом случае заболевание напоминает картину острого живота. Предположение о возможности перекрута внутрибрюшинно расположенного яичка возникает при отсутствии яичка в мошонке. Перекрут яичка может оказаться причиной его некроза или инфаркта.

ИНФАРКТ ЯИЧКА может развиться в результате простого сдавления семенного канатика, перекрута яичка, а также травмы мошонки или в результате поднятия тяжести. У новорожденных инфаркт яичка может возникнуть при асфиксии. Кроме интенсивной боли, инфаркт яичка проявляется его увеличением, повышением местной температуры.

У некоторых больных возникает острая боль по ходу семенного канатика и паховых сгибов без каких-либо изменений половых желез. В подобных случаях следует исключить возможность отраженной боли. Лишь при отсутствии признаков поражения почек, мочевого пузыря, предстательной железы можно поставить диагноз невралгии семенного канатика.

**5. ПАРАФИМОЗ**

ПАРАФИМОЗ - ущемление головки полового члена кольцом крайней плоти, сместившеся за головку - является осложнением врожденного или приобретенного фимоза, бывает как у взрослых, так и у детей. Возникновению парафимоза может способствовать половое сношение или онанизм. В ущемленной головке полового члена разиваются застойные явления, она распухает, а ущемившийся внутренний листок крайней плоти отекает, приобретая вид валика. В половом члене появляется сильная боль; он булавовидно утолщен, головка его синюшна, ущемляющего кольца не видно, оно прикрыто валиком отечного внутреннего листка крайней плоти.

**6. ПРИАПИЗМ**

ПРИАПИЗМ - длительная патологическая эрекция при отсутствии полового влечения и не прекращающаяся после полового акта. Этиологическими моментами могут быть различные половые эксцессы, воспалительные процессы или опухоли в половых железах и половом члене, заболевания центральной нервной системы и спинного мозга, алкоголизм. При приапизме половой акт не сопровождается оргазмом и эякуляцией. Пещеристое тело уретры и головка полового члена не эрегированы. Острый приапизм начинается внезапно, чаще во сне, длится от нескольких часов до 3-4 нед. и сопровождается сильной болью. Приапизм следует отличать от сатириазиса, при котором сохранено и резко повышено половое влечение, половой акт сопровождается оргазмом и эякуляцией.

Неотложная помощь и госпитализация. При острых заболеваниях мужских половых желез назначают антибактериальную терапию (внутри мышечно пенициллин по 300000 ЕД 6 раз в день, стрептомицин по 250000 ЕД 2 раза в день) и ношение суспензория при начальных стадиях воспалительного процесса в придатке и яичке. В первые часы заболевания целесообразен холод на мошонку по 15 мин каждый час. Для снятия болей подкожно вводят 1 мл 2% раствора промедола или 0,5-1 г анальгина внутрь. В условиях стационара терапия та же, но с 3-4-х суток с нормализацией температуры тела местно назначают тепло - грелки, ванны, физиопроцедуры. При признаках абсцедирования - дренирование.

Неотложная помощь при парафимозе состоит в попытке ручного вправления головки полового члена в препуциальный мешок. Ручное вправление полового члена производят следующим образом. Головку полевого члена смазывают вазелином. Половой член зажимают между указательными и средними пальцами обеих рук, а большими пальцами осторожно, надавливая на головку и слегка разминая ее, оттесняют тем самым отечную жидкость за кольцо, одновременно на головку натягивают препуциальный мешок, погружая в него головку. Вправление головки полового члена очень болезненно, поэтому за 10-15 мин до него больному необходимо сделать инъекцию 1 мл 1% раствора морфина. С целью местного обезболивания вводят 0,25-0,5%, раствор новокаина у корня полового члена. Вводить новокаин в область ущемления не следует, так как это увеличивает отек тканей. Если вправление головки полового члена не удалось, то не следует предпринимать повторной попытки. В этом случае больного срочно госпитализируют в урологическое отделение для рассечения ущемляющего кольца или его удаления - обрезания. Вправление парафимоза противопоказано, если в области ущемляющего кольца наступил некроз.

При приапизме доврачебная помощь заключается в назначении прохладных сидячих ванн и введении спазмолитиков (папаверин по 0,04 г) и обезболивающих средств (анальгин по 0,5 г). Медицинская помощь заключается в снятии боли путем введения 1 мл 1% раствора морфина или 1 мл 2% раствора промедола подкожно. Консервативное лечение обычно неэффективно, в связи, с чем больных приапизмом необходимо срочно госпитализировать для оперативного лечения - пункции через головку полового члена толстыми иглами обоих кавернозных тел в надежде на шунтирование или билатеральный сафенокавернозный анастомоз.

Перекрут яичка требует срочной госпитализации в хирургический или урологический стационар, где производят оперативное восстановление положения яичка.

**7. ЗАБОЛЕВАНИЯ УРЕТРЫ**

Боль в уретре часто носит отраженный характер и зависит от заболеваний почек, мочевого пузыря, а у мужчин - также от заболеваний предстательной железы. Боль может быть обусловлена острым и хроническим воспалением слизистой оболочки уретры (уретритом), камнями уретры и ее опухолями, проходящими при мочеиспускании, солями.

Больные с воспалительными процессами уретры ощущают боль в основном при мочеиспускании и во время полового возбуждения. В большинстве случаев имеются выделения гнойного характера из уретры. В случае, когда камень спустился из верхних мочевых путей и застрял в отверстии уретры, больной ощущает внезапную боль. Она проявляется во время мочеиспускания, когда камень проходит вместе со струей мочи в уретру.

Одновременно с возникновением боли прерывается струя мочи. Пальпация уретры обычно дает возможность определить локализацию и размеры камня. У мужчин чаше всего он останавливается в ладьевидной ямке. Боль при периурстральных и парауретральных абсцессах локализуется соответственно их местоположению.

Неотложная помощь. При острых заболеваниях уретры назначают антибактериальную терапию - антибиотики широкого спектра действия в сочетании с сульфаниламидными препаратами: эритромицин по 200000 ЕД 5-6 раз в день, бисептолом - по 1 таблетке 6 раз в день. Следует увеличить объем потребляемой жидкости. При затяжном течении сочетание антибиотика и сульфаниламида надо заменять каждые 5-7 дней. При возможности перед началом лечения следует взять отделяемое из мочеиспускательного канала для идентификации флоры и определения ее чувствительности к антибиотикам. При окклюзии уретры камнем возможна осторожная попытка низвести его. У мужчин низведение удается только из висячей части уретры.

Госпитализация. Больных с окклюзирующими камнями уретры госпитализируют в урологическое отделение, где производят инструментальное или оперативное удаление камня.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год