

Министерство образования и науки
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Республики Саха (Якутия) «Якутский медицинский колледж»

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу
по специальности 31.02.01 – Лечебное дело
студента группы ЛД-17-2 Егоровой Руфины Михайловны
по теме: РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Рецензент: **Колтовская Айна Николаевна**

Должность: заведующая терапевтическим отделением, врач – терапевт высшей
квалификационной категории

Структура выпускной квалификационной работы Егоровой Руфины Михайловны, представлена введением, двумя главами, выводами. Объем работы – 45 страниц печатного текста, имеются диаграммы.

Актуальность темы выпускной квалификационной работы заключается в том, что проблема мочекаменной болезни в настоящее время является одной из наиболее актуальных в современной урологии и медицине в целом.

В главе I рассмотрены: клиническое описание, ее классификация, симптомы, диагностика и лечение.

Также, рекомендации по уходу после урологических операций.

Во главе 2 представлены результаты исследования, проведенного на примере анализа статистических данных МКБ в РФ и РС(Я), также анализ соц. опроса среди взрослого населения Оросунского наслега.

Замечаний по выполнению выпускной квалификационной работы - нет.

Содержание работы соответствует специальности – 31.02.01 – Лечебное дело.

Заключение: выпускная квалификационная работа выполнена в соответствии с требованиями ФГОС СПО, предъявляемыми к выпускной квалификационной работе, и заслуживает оценки «Отлично».

«11» июня 2021 г.

Ф.И.О. (полностью)

Айна Н. Колтовская

/Колтовская А.Н./



Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики
Саха (Якутия)
«Якутский медицинский колледж»

О Т З Ы В
РУКОВОДИТЕЛЯ

Федорова Павла Дмитриевича

на выпускную квалификационную работу студента(-ки) группы ЛД-17-2
ЕГОРОВОЙ РУФИНЫ МИХАЙЛОВНЫ

по теме: «Роль фельдшера в дифференциальной диагностике и лечении мочекаменной
болезни»,
выполненной на ЦМК Клинических дисциплин №2

Тема выпускной квалификационной работы, выбранная автором, является весьма актуальной, так как данная патология представляет собой, в последние 20 лет, общемировой рост заболеваемости. Это связано с высокой распространенностью этого заболевания. Доля мочекаменной болезни среди всех урологических заболеваний достигает 40%, выявляется в любом возрасте и имеет выраженную тенденцию к рецидивному камнеобразованию.

Содержание дипломной работы состоит из введения, двух глав, выводов, списка литературы и источников, приложения. В работе имеются таблицы и диаграммы. Оформление выпускной квалификационной работы соответствует стандартам ФГОС.

В первой главе автор рассматривает теоретические аспекты данной патологии в достаточном объеме.

Во втором разделе, в полной мере раскрывается роль фельдшера в дифференциальной диагностике и лечении мочекаменной болезни, также анализ статистических данных по заболеваемости мочекаменной болезнью в РФ и РС(Я) за 2018-2020 годы.

Проведённые автором исследования по неотложной помощи данной нозологии и статистической обработке материалов являются достоверными, а выводы достаточно обоснованными. Выбрано и обработано вполне приемлемое количество литературы и источников.

При выполнении выпускной квалификационной работы автор проявил, такие качества, как самостоятельность в достижении цели, решении поставленных перед собой задач, показал себя ответственным, умеющим грамотно организовывать свой труд специалистом, нет сомнений, что в будущем достойно будет представлять профессию и высокое звание медицинского работника.

Замечаний по выполнению выпускной квалификационной работы нет.

Заключение: выпускная квалификационная работа выполнена в соответствии с требованиями ФГОС СПО, предъявляемыми к выпускной квалификационной работе, и заслуживает положительной оценки.

Подготовка студента соответствует требованиям ФГОС СПО по специальности 31.02.01 «Лечебное дело», и он (а) ~~может быть~~ допущен(а) к процедуре защиты.

Преподаватель ГБПОУ РС(Я) «ЦМК» Федоров П.Д.

«14» сентября 2021



(Handwritten signature)
(подпись)

Министерство образования и науки Республики Саха (Якутия)

ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»

Допущен(а) к защите

Зам. Директор по УР

Учебная

часть

Степанова А.Д.



ЕГОРОВА РУФИНА МИХАЙЛОВНА

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

И ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Выпускная квалификационная работа

по специальности 31.02.01 «Лечебное дело»

Студент отделения «Лечебное дело»

Группы ЛД 17-2

Руководитель - преподаватель хирургии

Федоров П.Д

Якутск, 2021г.

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Теоретические аспекты МКБ.....	5
1.1 Этиология, патогенез	8
1.2 Клиника	13
1.3 Диагностика и лечение	15
Глава 2. Роль фельдшера в диффдиагностике и лечении МКБ	30
2.1 Деятельность фельдшера при работе с пациентами с МКБ.....	30
2.2 Анализ по статистическим данным МКБ в РФ и РС(Я)	33
2.3 Анализ социологического опроса населения для выявления факторов риска заболеваний почек	36
Выводы	42
Список источников и литературы.....	43
Приложение.....	44

Введение

Мочекаменная болезнь (МКБ), иначе называемая уролитиаз, является одним из самых распространенных и частых заболеваний в мире (5-10%), встречается чаще всего у пациентов трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет). Больные составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров. Распространению МКБ способствуют условия современной жизни: гиподинамия, ведущая к нарушению фосфорно-кальциевого обмена, характер питания (обилие белка в пище), что позволило назвать это заболевание обмена веществ в организме болезнью цивилизации.

Понятие «мочекаменная болезнь» подразумевает нарушение обмена веществ, вызванное различными эндогенными или экзогенными причинами (включая наследственный характер) и характеризующееся наличием камня (ей) в почках и мочевых путях, которое проявляет склонность к рецидивам и нередко тяжелому упорному течению. Причинами образования камней могут быть и факторы местного характера: инфекция мочевых путей, анатомические и патологические изменения в верхних мочевых путях, приводящие к затруднению нормального оттока мочи из почек, обменные и сосудистые нарушения в организме и почке. В качестве ведущих факторов литогенеза определены: концентрация в моче литогенных ионов; дефицит ингибиторов кристаллизации и агрегации кристаллов; наличие в моче активаторов камнеобразования; локальные изменения в почках. Эпидемиологические данные последних 30 лет свидетельствуют о значительном росте заболеваемости мочекаменной болезнью в общей популяции. [13]

Актуальность проблемы.

Проблема мочекаменной болезни в настоящее время является одной из наиболее актуальных в современной урологии и медицине в целом.

Это связано с высокой распространенностью этого заболевания. Доля мочекаменной болезни среди всех урологических заболеваний достигает 40%. Выявляется в любом возрасте и имеет выраженную тенденцию к рецидивному камнеобразованию.

Общемировой рост заболеваемости.

Во всем мире урологи отмечают резкий рост заболеваемости мочекаменной болезнью. Заболевание известно еще с глубокой древности, о чем свидетельствуют памятники письменности Египта, Китая, Индии. В конце XVII века были опубликованы данные о строении мочевых камней и их кристаллах. Вторая половина XIX века характеризуется развитием анатомо-топографических, лабораторных, рентгенологических представлений о мочекаменной болезни, что позволило дать научное обоснование этого процесса. В России первую операцию при мочекаменной болезни произвел Н.В. Склифосовский в 1882 году.

Так, например, если в 1980-х годах в Германии приходилось 9 случаев мочекаменной болезни на 1000 человек населения, то в 2000-х этот показатель уже вырос до 15 человек на 1000. При этом отмечается истинный рост заболеваемости, а не улучшение средств диагностики. С чем связан этот рост, точно не ясно, однако эксперты в первую очередь говорят об изменениях климата, характера питания и образа жизни.

Мочекаменная болезнь или сокращенно (МКБ) является одним из широко распространенных урологических заболеваний. Она встречается не менее чем у 1-3 % населения, причем наиболее часто в возрасте 20-50 лет.

Больные составляют 30-40 % всего контингента урологических стационаров. Причин появления мочекаменной болезни множество. Самой частой причиной является нарушение обмена веществ в организме больного. Именно этот процесс приводит к скоплению нерастворимых солей, из которых формируются камни. Однако это не единственная причина.

В связи с этим актуальным является исследование различные способы лечение и детально исследовать весь процесс лечение мочекаменной болезни. Увеличению частоты способствуют особенности современной жизни – гиподинамия, ведущая к нарушению фосфорно-кальциевого обмена, характер питания – однообразие пищи, обилие в ней белка. [9]

Развитие связано с различными климатическими, географическими, жилищными условиями, профессией и наследственными факторами.

Цель: Изучение роли фельдшера в дифференциальной диагностике и лечении пациентов с мочекаменной болезнью.

Задачи:

- 1) Изучить теоретическую составляющую мочекаменной болезни, дать общее определение и причины образования болезни.
- 2) Исследовать основные принципы диагностики и лечения, дать прогноз и рекомендации по уходу после урологических операций.
- 3) Раскрыть деятельность фельдшера при работе с пациентами с мочекаменной болезнью, провести анализ статистических данных и анкетирования.

Предмет исследования: Роль фельдшера в дифференциальной диагностике и лечении мочекаменной болезни.

Объект исследования: Пациенты с заболеваниями мочеполовой системы, находящиеся на стационарном лечении терапевтического отделения.

Глава 1. Теоретические аспекты МКБ

Мочекаменная болезнь (уролитиаз) относится к заболеваниям мочевыделительной системы. Основным ее признаком является отложение в отделах этой системы разных уплотнений, которые называют камнями. Чаще всего образованию камней подвержены мочевой пузырь и почки.

Болезнь опасна не только тем, что влияет на внутренние органы и значительно снижает уровень жизни. Еще она чревата рядом крайне нежелательных осложнений.

Болезнь может быть хронической, с периодическими рецидивами, а может проявить себя лишь однажды и после выздоровления пациента больше не возвращаться.

К первым признакам мочекаменной болезни относятся ощущения коликов или тупой боли в области почек, а также мочевого пузыря. Должно насторожить и учащенное мочеиспускание. Когда болезнь развивается до серьезного уровня, проявляются другие симптомы:

- почечная колика – характеризуется резкой болью, которая тяжело переносится пациентами
- тошнота и рвота на фоне приступов боли
- болезненные ощущения во время мочеиспускания
- отсутствие мочевыделения, встречается в том случае, когда камень перекрывает мочевыделительную систему
- повышенная слабость, утомляемость
- озноб, повышение температуры
- кровяные частицы в моче

Есть много причин мочекаменной болезни, но к возникновению мочекаменной болезни, кроме врожденной предрасположенности, приводит целый комплекс различных факторов: особенности питания, состав воды, вредные условия труда, малоподвижный образ жизни, недостаток в пище витамина А и витаминов группы В, дефицит ферментов, приводящий к нарушению обмена веществ, заболевания паращитовидных желез.

Также камни могут образовываться из-за нарушений оттока мочи из почек и мочевого пузыря (аномалии развития, функциональные расстройства, сужение различных отделов мочеточника, аденома простаты, стриктура уретры), инфекции мочевого тракта и наличия в нем инородных тел (как правило, шовные и другие материалы, оставшиеся после оперативных вмешательств). [4]

Классификация

Стратификация мочекаменной болезни может осуществляться по этиологии, локализации, размеру и рентген контрастности камней. Также важно понимание и оценка рисков повторного камнеобразования.

Стратификация мочекаменной болезни по этиологии камнеобразования:

- Метаболические;
- Инфекционные;
- Генетически обусловленные;
- Вызванные приемом лекарственных препаратов.

Стратификация мочекаменной болезни по локализации камней:

- Камни верхней группы чашечек
- Камни средней группы чашечек
- Камни нижней группы чашечек
- Камни лоханки почки
- Камни верхней /средней / нижней трети мочеточника
- Камни мочевого пузыря

Стратификация мочекаменной болезни по размерам камней в почке:

- Крупные камни – более 2 см в максимальном диаметре
- Средние камни – от 1 до 2 см в максимальном диаметре
- Мелкие камни – менее 1 см в максимальном диаметре

Стратификация мочекаменной болезни по рентген контрастности камней:

- Рентгено-контрастные;
- Слабо рентгено-контрастные;
- Рентген не контрастные;

Стратификация мочекаменной болезни по группе риска рецидива:

- Пациенты низкой группы риска – без факторов высокого риска
- Пациенты высокой группы риска при наличии мочекаменной болезни и любого из нижеперечисленных факторов риска. [11]

1.1 Этиология, патогенез

Установлено, что камнеобразованию способствуют инфекции мочевых путей, травмы почек, кровоизлияния в почечную ткань, застой мочи, также некоторые авитаминозы (A,D), нарушения минерального обмена (гиперпаратиреоз), резкие изменения pH мочи.

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 и 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 ее растворимость в воде.

Медикосоциальное значение мочекаменной болезни обусловлено тем, что она у 2/3 пациентов развивается в трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет) и приводит к инвалидности каждого пятого заболевшего. Камни в большинстве случаев возникают и формируются в почечных чашках, но могут находиться в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре и мочепускающем канале. Чаще камни образуются в одной из почек, но почти у трети пациентов камнеобразование имеет двусторонний характер. Камни почки бывают одиночными и множественными. Форма камней может быть самой разной, величина - от 1 мм до гигантских - более 10 см, масса - до 1000 г. В настоящее время единой теории патогенеза мочекаменной болезни нет. Генез камнеобразования разделяют на каузальный (этиологический) и формальный (патогенетический).

Этиология (каузальный генез). Среди факторов камнеобразования ведущее место занимают врожденные энзимопатии (тубулопатии), пороки анатомического развития мочевых путей, наследственные нефрозо- и нефритоподобные синдромы.

Энзимопатии (тубулопатии) представляют нарушения обменных процессов в организме или функций почечных канальцев в результате различных ферментативных нарушений, которые могут быть как врожденными, так и приобретенными. Наиболее распространенными являются следующие энзимопатии: оксалурия, уратурия, генерализованная аминокислотурия, цистинурия, галактоземия, фруктоземия, синдром де Тони-Дебре-Фалкони.

Этиологические факторы развития камнеобразования на фоне врожденных тубулопатий можно разделить на экзогенные и эндогенные.

Экзогенные факторы: географические, социально-экономические, алиментарный, пол, возраст, химический состав воды и т.д. С учетом экзогенных факторов, повышенное камнеобразование в теплое время года, особенно в странах с жарким климатом, объясняется теорией дегидратации (в сочетании с высокой минерализацией воды и повышением концентрации мочи) и потерей с мочой натрия. С увеличением жесткости питьевой воды и содержанием в ней кальция и магния возрастает частота камнеобразования.

Эндогенные факторы

Общие: гиперкальциурия, А-авитаминоз, D-авитаминоз или передозировка витамина D, гиперпаратиреоз, бактериальная интоксикация при общих инфекциях и пиелонефрите, употребление в большом количестве определенных химических веществ (сульфаниламидов, тетрациклинов, антацидов, ацетилсалициловой кислоты, глюкокортикоидов), длительная или полная иммобилизация и т.д.

Местные (приводящие к нарушению уродинамики): структуры мочеточника, первичные и вторичные стенозы лоханочно-мочеточникового сегмента, аномалии мочевых путей, нефроптоз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, инфекция мочевых путей и т. д. Затрудненный отток мочи из почек приводит к нарушению экскреции и резорбции составных элементов мочи, выпадению (кристаллизации) солевого осадка, а также создает условия для развития воспалительного процесса. [7]

Риск камнеобразования значительно увеличивается при наличии в организме одновременно нескольких предрасполагающих к заболеванию факторов. Патогенез (формальный генез). В основе формального генеза камнеобразования лежат коллоидно-химические и биохимические процессы. Согласно теории катара лоханки, образующееся в результате воспаления лоханки и десквамации эпителия органическое вещество становится ядром камнеобразования (матрицей). Согласно кристаллоидной теории,

перенасыщение мочи кристаллоидами в количестве, переходящем за пределы растворимости, приводит к выпадению их в осадок и формированию камня. Согласно коллоидной теории камнеобразования, моча - это сложный раствор, перенасыщенный растворенными минеральными солями (кристаллоидами) и состоящий из мелкодисперсных белковых веществ (коллоидов). Последние, находясь в химическом взаимоотношении с кристаллоидами, удерживают их в моче здорового человека в растворенном виде, т. е. создается коллоидно-кристаллоидное равновесие. При нарушении количественных и качественных соотношений между коллоидами и кристаллоидами в моче могут наступить патологическая кристаллизация и камнеобразование. Одним из значимых факторов камнеобразования является реакция мочи (рН). Она определяет оптимум активности протеолитических ферментов и седиментацию мочевых солей [7, 17]. В настоящее время считают, что основой формального генеза мочекаменной болезни являются канальцевые поражения почек, ведущие к повышенному образованию мукопротеидов, связывающих защитные коллоиды, и нейтральных мукополисахаридов, которые могут образовывать комплексы с мочевыми солями, как на слизистой оболочке почечных сосочков, так и в просвете почечных канальцев в виде цилиндров, превращаясь в микролиты. На фоне тубулопатий (энзимопатий), нарушений обмена веществ, играющих роль этиологических факторов, осуществляется действие разнообразных экзо- и эндогенных, общих и местных патогенетических факторов.

Мочевые камни являются концентрически наложенными кристаллическими агрегатами. Концентрические наслоения формируются в результате роста кристаллов, между которыми имеются белковые вещества - мукопротеиды и красящие (пигментные) вещества.

Выделяют следующие типы камнеобразования:

- 1) Оксалатный уролитиаз относится к одному из наиболее распространенных типов камнеобразования, однако, полностью оксалатные камни встречаются лишь в 40,8%, в остальных 46,7% - камни смешанного состава с участием оксалата кальция. Такие камни лучше всего видны на рентгеновских снимках.
- 2) Мочекислый (уратный) уролитиаз. Камни, состоят из мочевой кислоты и ее солей – уратов, составляют до 15% всех мочевых камней, причем с возрастом встречаются все чаще. Эти камни не видны на рентгеновских снимках.
- 3) Причины: нарушение питания, избыточное потребление белка, высококалорийной пищи, алкоголя, ожирение, неправильное и бесконтрольное применение (салицилатов аспирина), антикоагулянтов, кофеина, витамина В12, а также гиподинамия. К иным причинам относятся различные нарушения обмена – подагра, гематологические заболевания, химиотерапия цитостатиками, лучевая терапия, псориаз, сахарный диабет и т.д.
- 4) Фосфатный уролитиаз встречается примерно в 20%. Это метаболические нарушения фосфорно-кальциевого обмена (гиперпаратиреоз, остеопороз, гипервитаминоз D, неправильное питание (молочно-растительная диета, избыточное потребление щелочной пищи). Ко второй группе причин (80%) причастна мочевая инфекция, т.е наличие уреазообразующих микроорганизмов.

В зависимости от локализации выделяют несколько видов болезни. Нефролитиаз – это образование камней в почках, уретеролитиаз – наличие камней в мочеточниках, а цистолитиаз – образования в мочевом пузыре. А еще камни отличаются по химическому составу.

1.2 Клиника

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 (боль возникает внезапно, остро, в любое время суток, боль появляется и в покое, и при движении, изменение положения тела не приносит никакого облегчения. Причина - резкое прекращение оттока мочи в следствие закупорки камнем, повышение внутри лоханочного давления, расстройство микроциркуляции почки). Может сопровождаться тошнотой, рвотой, метеоризмом (расстройства со стороны ЖКТ обусловлено рефлекторным раздражением задней париетальной брюшины, прилежащей к передней поверхности почки и лоханки). Беспокойное поведение. Боли от нескольких часов до нескольких дней с периодическими спадами. Гематурия отмечается у 75-90 % больных уролитиазом и по большей части носит микроскопический характер. Поступление крови в мочу, так же как и боль, увеличивается при движениях. При камнях почек и мочеточников имеет место тотальная гематурия, а при конкрементах мочевого пузыря наблюдается терминальная гематурия, сопровождающаяся дизурическими явлениями. Гематурия отсутствует при полной обтурации мочеточника камнем, вследствие чего моча из заблокированной почки в мочевой пузырь не поступает.

Отхождение камней с мочой является достоверным признаком мочекаменной болезни. Оно наблюдается у 10-15 % больных уролитиазом. После отхождения камня болевой синдром купируется. Размеры отходящих с мочой конкрементов невелики и колеблются от 0,2 до 1 см в диаметре. У некоторых больных камни выделяются многократно, в течение длительного времени. Трудно различить тени конкрементов, если они проецируются на кости скелета. Иногда с помощью обзорной рентгенограммы по плотности получаемых теней, их поверхности, величине и форме можно судить даже о химическом составе камня. Эти тени необходимо дифференцировать с тенями от камней желчного пузыря, флеболитов, каловых камней, обызвествленных лимфатических и мио-матозных узлов, очагов поражения при туберкулезе почек, новообразованиях, эхинококкозе и др. Целесообразно выполнение многоосевых рентгеновских снимков (полубоковых, боковых, в положении больного на животе и др.).

При коралловидном нефролитиазе (КН) почечная колика бывает редко. Скрытый, латентный период при КН протекает бессимптомно. Больной обращается к врачу с жалобами на боль в поясничной области, слабость, повышенную утомляемость. К этому времени в чашечно-лоханочной системе формируются камни различной конфигурации, заполняющие не только лоханку, но и одну, две или все чашечки. Гематурия встречается довольно часто. Она может быть микроскопической, когда в осадке мочи находят 30-40 эритроцитов, наблюдается у 92% больных, в основном, после почечной колики. Микроскопическая гематурия всегда тотальная и является следствием разрыва тонкостенных вен форникальных сплетений. У 60-70% больных течение болезни осложняется присоединением инфекции. Воспалительный процесс в почке (пиелонефрит) нередко предшествует нефролитиазу. При КН пиелонефрит диагностируется у всех больных. Основным признаком нефролитиаза, осложненного пиелонефритом, является пиурия.

Возбудителем воспалительного процесса чаще всего бывает кишечная палочка, стафилококк, стрептококк, вульгарный протей. Инфекция при нефролитиазе проявляется в виде острого или хронического пиелонефрита в любой стадии его клинического течения. Пальпаторно почки не определяются. При остром пиелонефрите или пионефрозе почка, как правило, увеличена. При КН в результате нарушения функции почки развиваются признаки хронической почечной недостаточности, нарастает азотемия. В случаях, когда закупориваются оба мочеточника, развивается острая почечная недостаточность: анурия или олигурия, сухость во рту, тошнота, рвота. [8]

1.3 Диагностика и лечение

Как и во многих других случаях, диагностика мочекаменной болезни начинается со сбора анамнеза, анализа жалоб пациента. Уже на основе информации о том, что пациент чувствует сильную боль и испытывает проблемы с мочеиспусканием, можно сделать определенные выводы.

К обязательным методам исследования при подозрении на почечную колику относятся: общий анализ крови и мочи, обзорная и экскреторная урография, УЗИ почек и мочеточников.

При почечной колике, как правило, лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево не бывает, что отличает её от острых гнойных процессов внутрибрюшинных органов. В то же время иногда приступ почечной колики может сопровождаться повышением температуры тела и нарастанием лейкоцитоза в крови, что обусловлено пиеловенозным и пиелотубулярным рефлюксами.

При почечной колике характерны изменения в моче. Микрогематурия наблюдается примерно в 70% случаев, однако ее отсутствие бывает при обтурации мочеточника, когда моча может не поступать из пораженной почки. При почечной колике обычно отмечается брадикардия.

Тахикардия более характерна для заболеваний органов брюшной полости. Часто больные с почечной коликой отмечают сухость во рту. Даже при очевидной клинической картине почечной колики показана обзорная урография всего мочевого тракта, которая должна дополняться экскреторной урографией. 85% камней являются рентген позитивными и оставляют след на рентгеновской пленке. Мягкие камни, например камни из кристаллов мочевой кислоты, являются рентген негативными.

Большое диагностическое значение имеет проба с индигокармином. При неясной картине почечной колики, особенно справа, когда возникает подозрение на внутрибрюшной процесс, до принятия решения об оперативном лечении необходимо произвести хромоцистоскопию. Внутривенно вводят 3-5 мл 0,4% раствора индигокармина. Перед этим рекомендуется выпить 200-300 мл воды, так как при обезвоживании выделение индигокармина замедляется. Если индигокармин не выделился в течение 9-10 минут с заинтересованной стороны, вопрос о целесообразности срочного хирургического вмешательства на органах брюшной полости должен ставиться под сомнение.

В 95% подобных случаях клиническая картина бывает обусловлена заболеванием органов мочевой системы. Не бывает нормального выделения индигокармина в остром периоде почечной колики. Большое значение в диагностике камней почек, верхней трети мочеточника имеет УЗИ, которое позволяет выявить эктазию полостной системы и мочеточника до уровня стояния камня, размеры и локализацию камней, состояние паренхимы почек и др. [6]

Камни средней трети мочеточника выявляются хуже из-за наличия мощных костных структур в этой зоне и глубокого залегания мочеточника. Однако уретеропиелокаликоектазия в сочетании с характерной клинической картиной должны наводить на мысль о наличии у пациента мочекаменной болезни.

При хорошо наполненном мочевом пузыре хорошо видны камни мочевого пузыря, интрамурального и юкставезикального отделов мочеточников. Камни видны как плотные, эхопозитивные образования, дающие акустическую тень, именуемую “каменной дорожкой”. В диагностически сложных случаях, когда ни УЗИ, ни рентгенография не позволяют выявить камни, выполняют компьютерную томографию забрюшинного пространства и таза.

Выделительная урография позволяет установить отношение теней, полученных на обзорном снимке, к мочевыделительной системе, выявить расширение полостной системы почек и мочеточников, замедление или отсутствие функции на стороне поражения.

Общий анализ мочи - позволяет определить химический состав примесей, содержащихся в моче;

Общий анализ крови и биохимия - обязательные процедуры для выявления воспалительных процессов (уровня лейкоцитов) и патологических изменений в самой структуре органов;

Компьютерная томография - объемное изображение, позволяющее получить максимально полную информацию о наличии инородных тел. Является одним из самых совершенных методов диагностики;

УЗИ мочевого и почек - самый распространенный метод, который оказывает минимальное негативное воздействие, поэтому не противопоказан даже беременным. Этот способ позволяет обнаружить даже мелкие образования.

При постановке диагноза важно исключить другие болезни, имеющие подобные симптомы, например, острый холецистит или аппендицит.

Купирование почечной колики

При твердой уверенности в правильном диагнозе показаны теплая ванна на 10-12 минут, цистенал по 15-20 капель на сахаре под язык 2- 3 раза в день, цистон по 1 таблетке 3-4 раза, внутривенно баралгин 5,0 мл и диклоберл ретард 3,0 мл внутримышечно.

Также можно провести блокаду семенного канатика или круглой связки матки раствором новокаина 0,5% -20-30 мл. Как правило, указанные мероприятия позволяют купировать болевой синдром. При сохранении боли пациента следует госпитализировать. Если медикаментозно не удастся добиться успеха, то наиболее верным решением, особенно у женщин, будет проведение катетеризации мочеточника. Проведение катетера выше камня позволяет устранить обструкцию, восстановить выделение мочи из почки по катетеру, что позволяет сразу принести облегчение больному. Почечная колика и катетеризация мочеточника требуют проведения антибактериальной терапии.

В нашей клинике выполняется ургентная литотрипсия в связи с некупирующейся почечной коликой, вызванной камнями мочеточника. Крупные размеры камня, невозможность проведения катетера или выполнения литотрипсии, присоединившийся пиелонефрит с повышением температуры являются основанием для оперативного лечения – стомирования почки или уретеролитотомии.

Лечение

На схему лечения мочекаменной болезни влияют параметры камня цистолитиаз состав, место нахождения, влияние на общее состояние пациента. Также учитываются особенности протекания болезни. Главная задача при лечении цистолитиаз удалить камни из мочевыделительной системы. Их либо растворяют, либо извлекают путем хирургического вмешательства.

Таким образом, лечение мочекаменной болезни сводится к нескольким моментам: прием определенных лекарств; физиотерапия; диета; операция.

Чтобы вернуть больному качество жизни, проводится купирование болевого синдрома, назначаются спазмолитики. В отдельных случаях требуются очень сильные обезболивающие.

Процесс растворения камней небыстрый, некоторые методы дают результат далеко не сразу – программа выбирается по ситуации и постоянно контролируется врачами.

Большое значение имеет диета при мочекаменной болезни: качественный питьевой режим, ограничение жирного, острого, пряностей, кофе, чая, шоколада. Также не рекомендуются бобовые, цитрусовые, молочная продукция и многие другие виды еды – каждому пациенту выдается подробная памятка.

Что касается хирургического вмешательства, то виды операций тоже разные – существует более пяти техник, которые подбирают на основе состояния пациента и особенностей камня (камней).

В качестве народных средств лечения используются разные сборы трав. Но их ни в коем случае нельзя пить самостоятельно, без консультации у врача – сначала получите разрешение доктора. Существует несколько основных методов лечения, которые могут дополнять друг друга:

Медикаментозное лечение мочекаменной болезни. Специальные препараты растворяют камни и способствуют их выведению из организма. Такой вид лечения более эффективен вместе с фитотерапией, но, к сожалению, в большинстве случаев не эффективен.

Ударно-волновая литотрипсия. Дробление камня происходит за счет быстрого импульса ударной волны. Этот метод самый безболезненный, но не всегда эффективный.

Уретроскопия. Дробление через тонкий инструмент, введенный в мочеточник. Назначается в тех случаях, когда камень не вызывает нарушения оттока мочи и гидронефротической трансформации, а также нет выраженного воспалительного процесса в почках.

Консервативная терапия направлена на ликвидацию болевых ощущений и воспалительного процесса, профилактику рецидивов и осложнений.

Больному с предрасположением к уролитиазу необходимо больше двигаться и бывать на свежем воздухе. Больным с избыточной массой желательно похудеть. При уратурии следует ограничить прием мясных и рыбных блюд, назначить овощную диету.

Для растворения кристаллов мочевой кислоты назначают препараты, подщелачивающие мочу: уролит, магурлит, блемарен и др. При фосфатурии назначают препараты, подкисляющие мочу: хлорид аммония, цитрат аммония, метионин. При оксалатных камнях ограничивают употребление салата, шпината, щавеля, молока.

При наличии камней, имеющих тенденцию к самостоятельному отхождению, применяют препараты группы терпенов (цистенал, артемизол, ависан). Эти препараты обладают бактериостатическим, спазмолитическим и седативным действием.

Аллопуринол уменьшает синтез мочевой кислоты и назначается по 300 мг в течение 2-3 недель и более. Марена красильная обладает способностью разрыхлять комплексы, состоящие из фосфатов кальция, магния и назначается по 0,5 г 3 раза в день до 30 дней. Уролесан назначается по 8-10 капель на кусочке сахара 3 раза в день перед едой.

Санаторно-курортное лечение

Показания: после удаления камней; мелкие камни в почках и мочеточнике, которые могут отойти самостоятельно при отсутствии активной формы пиелонефрита.

Противопоказания: нарушение оттока мочи; двухсторонние камни, камень единственной почки, выраженное обострение пиелонефрита, сердечнососудистые и сердечно-легочные заболевания.

Физиотерапевтические методы

Физиотерапия направлена на снятие спазма гладкой мускулатуры мочеточника, на усиление перистальтики лоханки и мочеточника, улучшение почечного кровотока и плазмотока.

Спазмолитический эффект оказывает обычная теплая ванна с температурой 40-41 градус. Положительным эффектом обладают диадинамические токи, индуктотермия, вибротерапия.

Дистанционная литотрипсия (ДУВЛ)

Показания: камень в почке до 2 см и мочеточнике до 1 см; возможность фокусирования камня; отсутствие нарушения оттока мочи ниже камня.

Противопоказания: невозможность визуализации; нарушения свертывающей системы; воспаления мочеполовой системы; опухоли почки.

Осложнения и побочные эффекты ДУВЛ: нарушения сердечного ритма; гематурия, почечная колика, обострение пиелонефрита, почечная гематома, уросепсис; артериальная гипертензия.

Изменения в почках после литотрипсии:

В почках на 2-11 день после ДУВЛ нарастают признаки полнокровия сосудов, зернистой дистрофии в клетках эпителия извитых канальцев.

К 20-му дню эти изменения исчезают. Обнаружена прямая зависимость между силой ударной волны и степенью повреждения почечной ткани, вплоть до образования субкапсулярных гематом.

Через год после ДУВЛ у части больных обнаружены участки склероза в месте воздействия фокуса ударной волны, посттравматические кисты. Изменения носят различный характер: умеренное нарушение почечной гемодинамики, разрушение почечной ткани в зоне клубочков, отек и интерстициальные нарушения медуллярного слоя почки, разрыв капилляров, тромбоз венул с их разрывом, кровоизлиянием и частичным некрозом канальцев. Изменения, связанные с повреждением почечной ткани, можно сравнить с эффектом механической травмы.

Эффективность ДУВЛ достигает 90-98%. Полное исчезновение камня отмечается у 67% больных через 3-6 мес.

Чрескожная пункционная нефролитотрипсия и контактная литотрипсия мочеточника

Показания: невозможность использовать ДУВЛ; Мочекаменная болезнь, осложненная пиелонефритом; при коралловидных камнях чрескожную литотрипсию сочетают с ДУВЛ.

Полная дезинтеграция конкрементов наступает у 70-77% больных.

Осложнения: кровотечение, перфорация стенки лоханки или мочеточника, обострение пиелонефрита, образование околопочечных гематом, послеоперационные стриктуры мочеточников.

Лапароскопические методы лечения уролитиаза

Эти операции выполняются по типу обычных открытых вмешательств с соблюдением принципов малоинвазивной эндохирургии. Преимуществом данных операций является малая травматичность пособий (2-5 отверстий

диаметром 0,5- 1,0 см), широкий обзор операционного поля, минимальная опасность инфекционных и других осложнений, значительное уменьшение сроков пребывания в стационаре и периода реабилитации.

Уретеролитотомия в эндоскопическом варианте может быть произведена при невозможности выполнить дистанционную литотрипсию или при ее неэффективности. Противопоказанием к внутрибрюшинной эндохирургической операции является перенесенные ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза.

Рекомендации по уходу после урологических операций

Большинство урологических операций заканчивается оставлением дренажей и катетеров для отведения мочи.

Кровать (лучше функциональная) подготовить так, чтобы защитить белье (клеенки, подстилки) от выделений и обеспечить отток отделяемого, в подвешенные к койке прозрачные мочеприемники – стеклянные или пластиковые сосуды (бутылки), плотно закрывающиеся пробкой, в которой имеется отверстие, соответствующее калибру трубки, соединенной с дренажем или катетером переходными трубочками, желательно стеклянными. Мочеприемник и трубки предварительно кипятят (профилактика восходящей инфекции). Перед погружением дренажа в мочеприемник заливают 50-100 мл слабоокрашенного раствора (фурацилин, риванол), который помимо антисептического действия устраняет аммиачный запах разложившейся мочи.

Укладывая оперированного больного, надо позаботиться о дренажах, они должны быть прочно фиксированы повязкой, правильно погружены в мочеприемник – без перегиба на определенную глубину (не упираться в стенки или дно сосуда, не висеть над жидкостью).

Характерным для урологических вмешательств является просачивание мочи вокруг дренажей, смена повязок несколько раз, по мере промокания.

Повязки накладывают без ваты, т.к. она впитывается в мочу, становится источником неприятного запаха и мацерации кожи, которую при обильном выделении следует смазывать вазелином или пастой Лассара. Повязку, состоящую из немногих слоев марли, надрезают с края соответственно дренажу и укладывают снизу так, чтобы дренажи оказались в центре повязки, поверх кладут наклейку с отверстиями для дренажей. Марлевой тесьмой обвязывают дренажи у выхода из раны, а затем тесьму связывают вокруг живота (или фиксируют полосками липкого пластыря).

На мошонку (после операции на яичке, семенном канатике) надевают суспензорий простерилизованный (соответствующий размер, либо сложенный из нескольких слоев марли (20 x 25 см)).

К концам сшитого суспензория пришивают тесемками (спереди ближе к краям, сзади рядом, сузив край), которые привязываются к поясу из бинта, ближе кпереди в треугольной площадке суспензория делают отверстие для полового члена.

Наряду с общим послеоперационным уходом особое значение придается наблюдению за функционированием дренажей.

Окраска выделений имеет большое значение для распознавания осложнений (примеси крови, гноя). О ней можно судить, следя через соединительные трубки. Скопившиеся выделения надо чаще выливать, чтобы поддерживать чистоту и иметь возможность судить о характере выделений в данное время.

При этом обязательно вести учет количества жидкости, выделенной через дренажи, а также естественным путем (диурез).

Появление свежей крови и сгустков в отделяемом – тревожный сигнал.

Очень важно вовремя заметить прекращение оттока по дренажу, что может быть обусловлено закупоркой, выпадением или перегибом катетера (при задержке мочи могут образоваться мочевые затеки).

По назначению врача производят промывание мочевого пузыря через катетер, введенный в свищ (эпицистостому) или уретру. Для этого пользуются шприцом Жанэ или кружкой Эсмарха. В пузырь осторожно вводят 10 мл назначенного раствора (0,1% р-р риванола, 2% р-р борной кислоты), затем выпускают его. Повторяя процедуру до тех пор, пока промывные воды не станут чистыми. Необходима строгая асептика: кружка, шприц, растворы должны быть стерильными, на руки надеты стерильные перчатки. Если приходится проводить промывание через дренажи, введенные в почку или лоханку, пользуются 20-граммовым шприцом.

В урологической практике рекомендуют раннюю активизацию и вставание. Надо принять меры к тому, что не выпали и не сместились дренажи. В этих случаях нужно зажать просвет дренажей, согнув и перевязав кончик трубки, то же самое нужно сделать, когда больной принимает ванну. Для того, чтобы у ходячих больных не промокало белье, им дают маленькую бутылочку, которую подвешивают за шею. После извлечения надлобкового дренажа при простатэктомии надевают капсулу, из которой по 2 трубочкам моча отводится в мочеприемник (по обеим сторонам кровати). Больного укладывают на спину, капсулу укрепляют так, чтобы свищ оказался в центре ее. По мере уменьшения отделяемого из капсулы увеличивается мочеиспускание через уретру. Затем капсулу заменяют повязкой и больному разрешают ходить.

Такой операции простатэктомии обычно подвергаются пожилые люди, которые нуждаются в особо тщательном уходе. Иногда таких больных выписывают домой после 1 этапа операции (наложение мочевого свища) и в плоть, до повторной госпитализации их ведут амбулаторно: меняют повязки, дренажи, промывают пузырь.

В урологическом отделении большое значение имеет хорошая вентиляция палат, частое проветривание. Эти простые меры в сочетании с частыми сменами повязок и опорожнением мочеприемников помогают добиться хорошего чистого воздуха, устранить специфический запах.

После использования из мочеприемников мочу выливают и ополаскивают водой. Для уничтожения запаха мочи 1 раз в сутки мочеприемники ополаскивают слабым раствором марганцовокислого калия. Для дезинфекции погружают в 3% р-р хлорамина или 0,5% р-р хлорной извести на 120 минут, после чего ополоснуть чистой водой. [5]

Как осуществляется профилактика мочекаменной болезни

Профилактика мочекаменной болезни позволяет предотвратить возникновение осложнений, которые провоцируются почечными камнями. Мочекаменная болезнь затрагивает не только почки, но и другие органы мочевыделительной системы. Песок, камни могут формироваться и в почечных органах, и в мочевом пузыре. Камни в любой момент могут начать движение, следуя по мочевым путям. Если конкременты достигают больших размеров, протиснуться сквозь суженные просветы мочеточника они не смогут. Именно по этой причине происходит закупорка мочевых путей, что достаточно часто испытывают на себе пациенты, у которых диагностирована мочекаменная болезнь. Закупорка мочевых путей влечет застойные явления, провоцирующие серьезные почечные патологии, способные нанести непоправимый вред почкам. Если вовремя не пройти лечение, функционирование почек нарушается.

Мочекаменная болезнь может спровоцировать возникновение почечной недостаточности, если человек игнорирует проявляющиеся симптомы, не обращается в клинику за медицинской помощью.

Основные профилактические принципы

При мочекаменной болезни профилактика предполагает соблюдение строгой диеты, которая выдвигает требования относительно ограничения употребляемых отдельных групп продуктов и полный запрет других.

Строгая диета благоприятствует поддержанию нужной реакции мочи, благодаря этому солевые отложения прекращают формироваться, а те, которые уже имеются, могут начать растворяться.

Перечень продуктов, разрешенных и запрещенных при организации строгой диеты, формирует только уролог или диетолог. Пациенту остается только неукоснительно соблюдать предъявленные требования.

Медики обязательно проводят профилактику рецидивов мочекаменной болезни, рекомендуют не только увеличить питьевой режим, но и предлагают пить талую воду. Получить такую воду может каждый человек в домашних условиях, подвергнув ее заморозке в холодильнике, а потом, позволив ей полностью разморозиться. Все минеральные соли выпадут в осадок, вода станет мягкой и полезной для органов мочевыделительной системы. Ежедневно урологи рекомендуют употреблять не менее трех литров очищенной воды, но только при условии отсутствия сердечнососудистых заболеваний.

Также, такой повышенный объем воды противопоказан тем, у кого уже диагностируют почечную недостаточность. Профилактика предусматривает проведение одного раза в неделю разгрузочного дня. В этот день показана яблочная, огуречная или арбузная диета. В целях профилактики при мочекаменной болезни врачи могут назначить прием минеральной воды, способствующей коррекции кислотности мочи.

Минеральная вода принимается только по назначению врача, строго соблюдая установленные сроки приема. Не допускается самостоятельная

корректировка медицинских рекомендаций, поскольку это может спровоцировать серьезные осложнения.

Дополнительные профилактические мероприятия

Профилактика мочекаменной предполагает выполнение еще некоторых мероприятий. В частности, врачи настоятельно рекомендуют следить за собственным весом, не допускать переедания.

Лишний вес достаточно часто выступает в качестве провокатора мочекаменной болезни. Полезно отказаться от вредных привычек, особенно от употребления спиртных напитков и тем более наркотических средств.

Почки – фильтры организма. Если на них возложить чрезмерные нагрузки, они будут неспособны выполнять очистительные мероприятия максимально качественно. Алкоголь – злейший враг почек, поскольку содержит вредные вещества, которые почкам приходится выводить с повышенными нагрузками.

Профилактика МКБ предполагает ограничение употребления соли. Если человек готов отказаться полностью от ее употребления, это будет только приветствоваться. В связи с тем, что виновником мочекаменной болезни часто выступают воспалительные процессы, урологи в целях профилактики рекомендуют соблюдать тепловой режим, надевать одежду, предотвращающую переохлаждение организма. Если все-таки воспалительные процессы затронули органы мочевыделительной системы, важно пройти незамедлительное лечение, предупреждающее возникновение опасных осложнений. С целью предотвращения застойных явлений к мероприятиям профилактики относится и повышение двигательной активности пациента. Показано выполнение комплекса лечебной физкультуры. Также профилактика рецидивов мочекаменной болезни предполагает прохождение санаторно-курортного лечения. С целью профилактики урологи разрешают употреблять различные фитосборы.

Лекарственные травы, действительно, помогают в лечении и профилактики МКБ, только подбор таких трав осуществляет только лечащий врач.

Итак, мочекаменная болезнь является опасным заболеванием, способным спровоцировать при отсутствии лечения почечную недостаточность, поэтому вопросам профилактики камнеобразования полезно уделять достаточное внимание. [7]

Глава 2. Роль фельдшера в диффдиагностике и лечении МКБ

2.1 Деятельность фельдшера при работе с пациентами с МКБ

Фельдшер является медицинским работником, оказывающим помощь больным с мочекаменной болезнью на догоспитальном этапе, и от ее качества во многом будет зависеть дальнейшее течение и прогноз заболевания.

Главными задачами фельдшера при оказании помощи больным с мочекаменной болезнью на догоспитальном этапе являются:

- 1) Правильная постановка диагноза, в том числе дифференциальная диагностика;
- 2) Оказание неотложной и первой медицинской помощи при почечной колике и контроль ее эффективности;
- 3) Организация госпитализации пациента в стационар.

Действия фельдшера при оказании помощи пациенту с симптомами мочекаменной болезни:

Первоочередная задача состоит в правильной постановке диагноза, в том числе тщательном проведении дифференциальной диагностики приступа почечной колики и острых хирургических заболеваний.

Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины, данных анамнеза, данных ранее проведенных лабораторных и инструментальных исследований (при наличии таковых). Для дифференциальной диагностики особенно важными являются следующие обстоятельства: начало болевого приступа (постепенное или внезапное); наличие иррадиации боли, происходит ли изменение локализации и иррадиации болевых ощущений с течением времени; наличие жалоб на рвоту, тошноту, повышение температуры тела; сохранено или нарушено мочеиспускание; имели ли место приступы почечной колики ранее; имеется

ли в анамнезе у пациента мочекаменная болезнь, а также имеется ли она в анамнезе у его ближайших родственников. Если поступает вызов от пациента с уже установленным диагнозом, еще до прихода фельдшера, больному рекомендуется соблюдать постельный режим, разрешается проведение тепловых процедур (грелка на область поясницы), запрещается принимать жидкость в период болевого приступа, если боль резкая, разрешается принять спазмолитические средства из домашней аптечки. Также рекомендуется заранее подготовить лекарственные препараты, которые пациент принимает. Кроме того, больного просят мочиться в емкость и просматривать ее на наличие отошедшего камня.

При физикальном осмотре оценивается общее состояние больного и характеристики жизненно важных функций: кровообращения (пульса, частоты сердечных сокращений, артериального давления), дыхания (частоты дыхательных движений, характера дыхания), сознания, наличие/отсутствие признаков развития осложнений. Также оценивается интенсивность болевого синдрома, наличие эффекта от введения обезболивающих препаратов. Не менее важно оценить положение больного (непрерывная смена положения тела, двигательное беспокойство). При осмотре и пальпации живота в случае мочекаменной болезни, в отличие от острой хирургической абдоминальной патологии, живот продолжает участвовать в акте дыхания, а симптомы раздражения брюшины и напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствуют.

После исключения симптомов «острого живота» фельдшер приступает к выявлению симптомов почечной колики. К ним относятся симптом поколачивания, который считается положительным в случае выявления болезненности на стороне поражения (при этом постукивание нужно производить очень осторожно), и наличие болезненности на стороне поражения при пальпации поясничной области.

Также определяются ассоциированные симптомы: рвота, тошнота, задержка стула, газов, лихорадка и пр. При получении данных за почечную колику и исключении острой хирургической абдоминальной патологии, сначала проводятся экстренные лечебные мероприятия, после чего пациент в срочном порядке госпитализируется в стационар.

Приступ почечной колики является абсолютным показанием к госпитализации больного. Особенно важно объяснить пациенту необходимость стационарного наблюдения при наличии клинических признаков осложнений, при единственной почке, при двусторонней почечной колике и некупирующейся почечной колике. Больной укладывается в постель, с ним проводится успокаивающая беседа.

С целью купирования болевого синдрома вводятся ненаркотические анальгетики и спазмолитики, в том числе их комбинации.

Препаратами выбора являются: метамизол натрия (анальгин); баралгин М; кеторолак; дротаверин (миотропный спазмолитик); нитроглицерин (в качестве спазмолитика) – сублингвальные таблетки или аэрозоль; платифиллин; атропин подкожно. Если эффект отсутствует, внутривенно вместе с изотоническим раствором хлорида натрия вводится раствор промедола или омнопона. Контролируется диурез, АД, ЧСС. Транспортировка больного к машине скорой помощи и из нее в приемное отделение и затем в палату осуществляется в положении лёжа, на носилках.

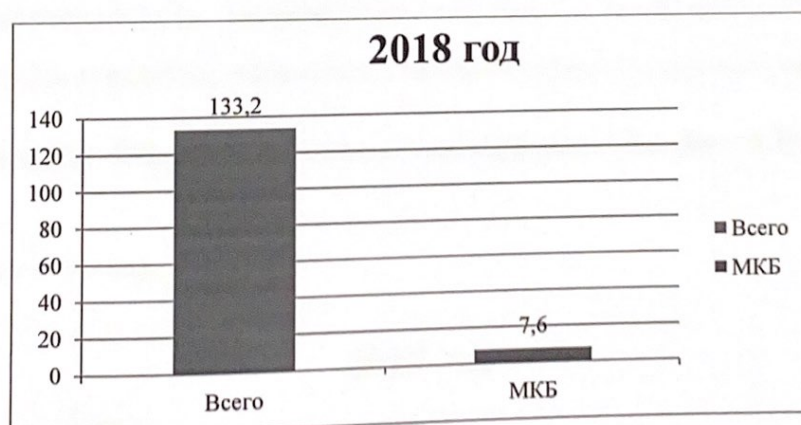
Не менее важным моментом в работе фельдшера является проведение санитарно-просветительной работы среди населения, направленной на первичную профилактику мочекаменной болезни, например, при отягощенном анамнезе, а также на профилактику приступов почечной колики.

Тактика фельдшера при обострении мочекаменной болезни:

- 1) Собрать анамнез заболевания;
- 2) Осмотр больного (кожа, язык, пальпация живота, пульс, АД, ЧСС);
- 3) Приложить грелку, обернутую в ткань на область поясницы ($t=40$ градусов);
- 4) Ввести спазмолитики: баралгин 3 мл в/м или платифиллин 1-2 мл в/м, анальгин 50% 2 мл или папаверин 2мл в/м, если нет эффекта от спазмолитиков, то вводим наркотические анальгетики — промедол 2% 1 мл в/в;
- 5) Транспортируем в урологическое отделение.

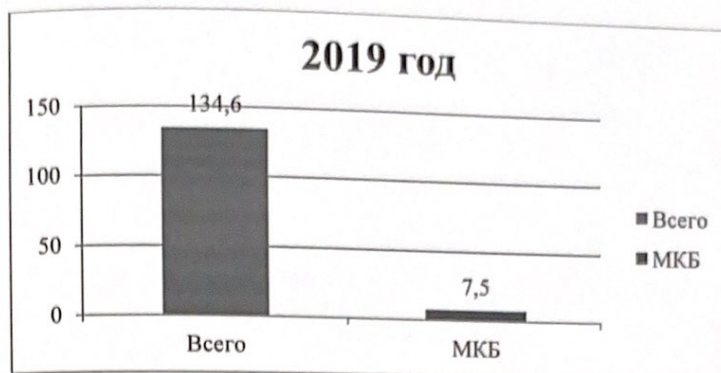
2.2 Анализ по статистическим данным МКБ в РФ и РС(Я). Данные взяты с ЯРМИАЦ.

Диаграмма №1. Общая заболеваемость взрослого населения РФ за 2018г. (на 1000 населения).



Вывод: за 2018 год в РФ всего зарегистрировано 133,2 на 1 тыс. населения болезни мочеполовой системы (пиелонефрит, гломерулонефрит), из них мочекаменная болезнь 7,6 на 1 тыс. населения, что составляет 5,7%, это свидетельствует о том, что воспалительные процессы встречаются чаще, чем мочекаменная болезнь.

Диаграмма №2. Общая заболеваемость взрослого населения РФ за 2019г.
(на 1000 населения).

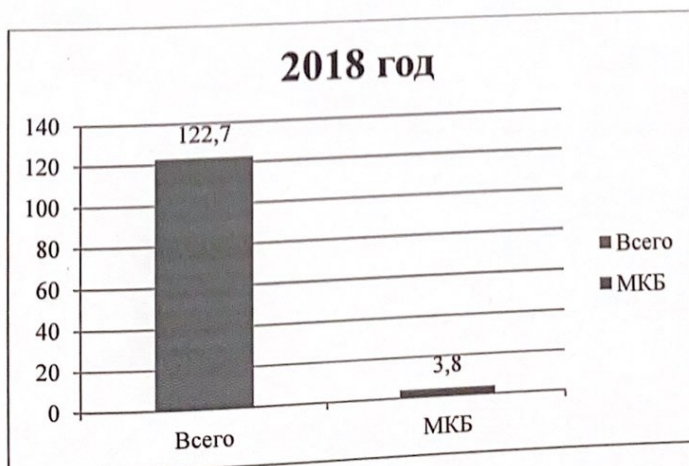


Вывод: за 2019 год в РФ всего зафиксировано 134,6 на 1 тыс. населения болезни мочеполовой системы из них мочекаменная болезнь 7,5 на 1 тыс. населения, что составляет 5,6%, это свидетельствует о том, что воспалительные процессы встречаются чаще, чем мочекаменная болезнь.

Таким образом, проанализировав статистические данные за 2018 и 2019 года, мы приходим к выводу, что в Российской Федерации численность общей заболеваемости мочеполовой системы и в общем мочекаменной болезни среди взрослого населения с каждым годом увеличивается.

Диаграмма №3. Общая заболеваемость взрослого населения РС(Я) за 2018г.

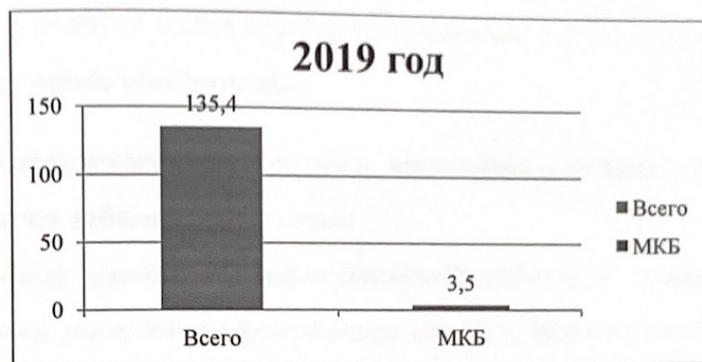
(на 1000 населения).



Вывод: за 2018 год в РС(Я) всего зарегистрировано 122,7 на 1 тыс. населения болезни мочеполовой системы из них мочекаменная болезнь 3,8 на 1 тыс. населения, что составляет 3,1%, это свидетельствует о том, что воспалительные процессы встречаются чаще, чем мочекаменная болезнь.

Диаграмма №4. Общая заболеваемость взрослого населения РС(Я) за 2019г.

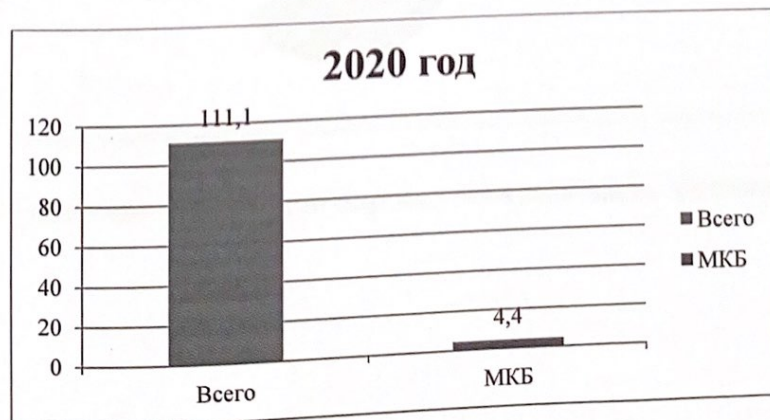
(на 1000 населения).



Вывод: за 2019 год всего отмечено 135,4 на 1 тыс. населения болезни мочеполовой системы из них мочекаменная болезнь 3,5 на 1 тыс. населения, что составляет 2,6%, это свидетельствует о том, что воспалительные процессы встречаются чаще, чем мочекаменная болезнь.

Диаграмма №5. Общая заболеваемость взрослого населения РС(Я) за 2019г.

(на 1000 населения).



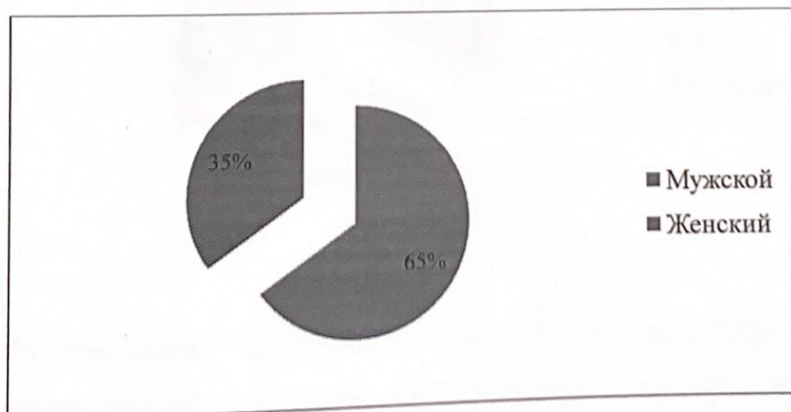
Вывод: за 2020 год всего зарегистрировано 111,1 на 1 тыс. населения болезни мочеполовой системы из них мочекаменная болезнь 4,4 на 1 тыс. населения, что составляет 4,0%, это свидетельствует о том, что воспалительные процессы встречаются чаще, чем мочекаменная болезнь.

Из этого следует, проанализировав статистические данные за 2018, 2019 и 2020 года, мы приходим к выводу, что в Республике Саха (Якутия) численность общей заболеваемости мочеполовой системы и в общем мочекаменной болезни среди взрослого населения в 2019 году пошла на спад, но в 2020 году снова увеличилась.

2.3 Анализ социологического опроса населения для выявления факторов риска заболеваний почек

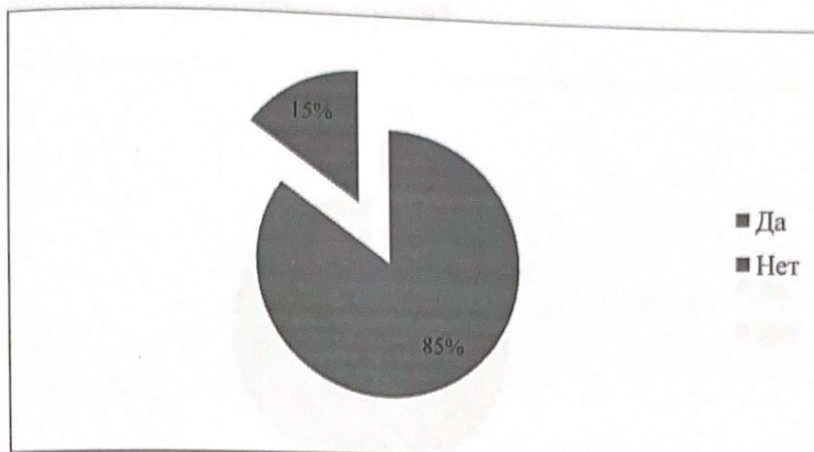
На 2 этапе данной исследовательской работы, я провела соц. опрос среди взрослого населения Оросунского наслега, Верхневиллойского района. В анкете приняло участие 50 человек. Для того, чтобы анкетирование было предельно честным, была указана анонимность анкетирования.

Диаграмма №6. Ваш пол?



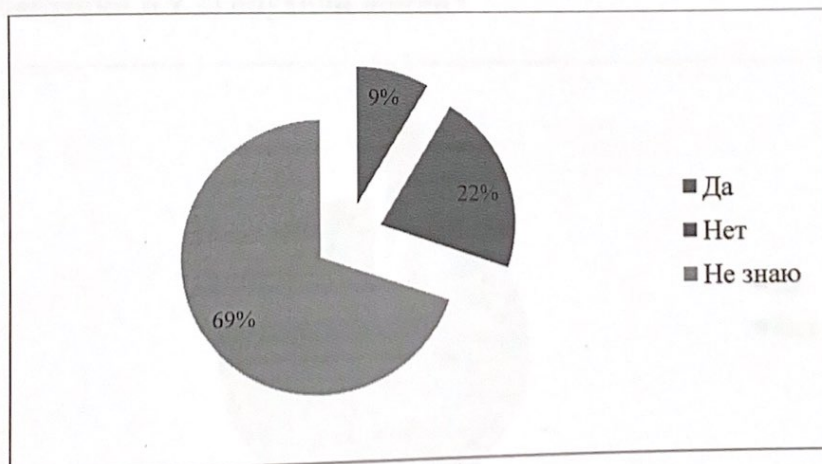
Вывод: Большинство участников опроса - мужская часть населения.

Диаграмма №7. Знаете ли вы, что такое мочекаменная болезнь?



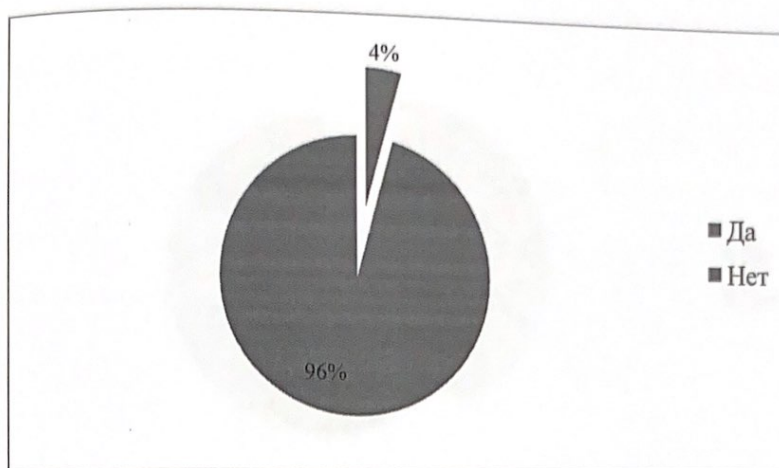
Вывод: Большинство опрошенных информированы о мочекаменной болезни

Диаграмма №8. Страдаете ли вы мочекаменной болезнью?



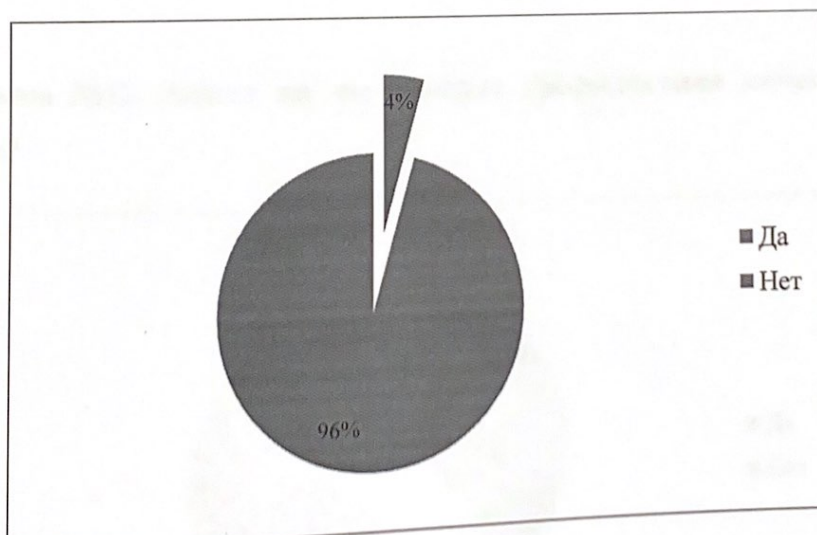
Вывод: 69% участников, не уверены в том, что у них может быть МКБ. Это может означать, что половина взрослого населения не проходят медицинское профилактическое обследование.

Диаграмма №9. Отмечали ли вы в своей жизни хотя бы раз эпизод отхождения камня из мочевых путей?



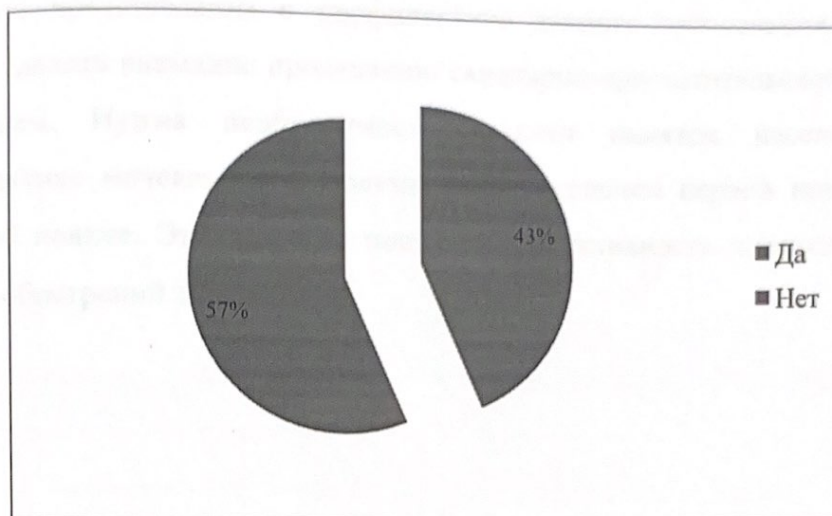
Вывод: 4% знают как ощущается отхождения камня.

Диаграмма №10. Были ли у ваших родственников (мать, отец, братья, сестры, бабушки и т.д) опухоли почки?



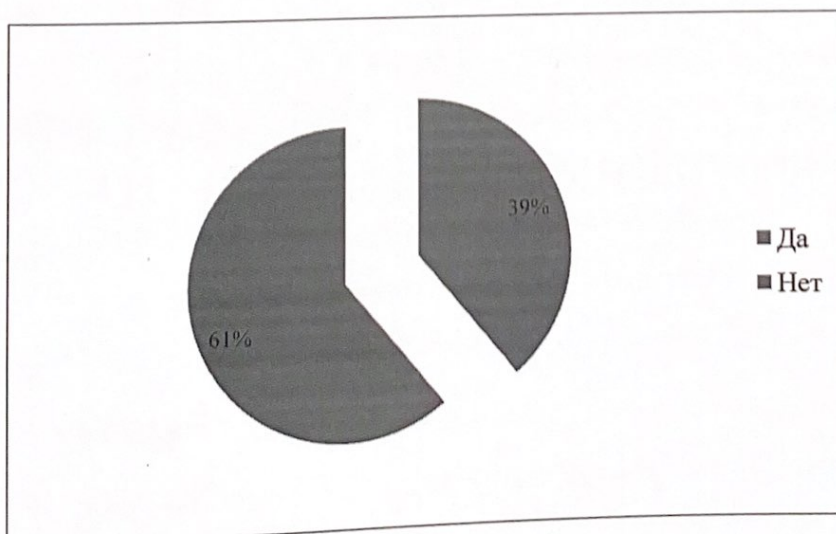
Вывод: 4% участников находятся в группе риска.

Диаграмма №11. Отмечали ли вы когда-либо возникновение болей, не связанных с движением, в боку или пояснице?



Вывод: У 43% может быть заболевания мочевыделительной системы или пищеварительной системы.

Диаграмма №12. Знаете ли вы о мерах профилактики мочекаменной болезни?



Вывод: Большинство (61%) опрошенных не знают о профилактике МКБ.

Анкетирование показало, что уровень информированности населения хороший, только 15% не знают о болезни. Большинство участников опроса не имеют представления о профилактике данного заболевания. Следует больше уделять внимание проведению санитарно-просветительской работе с населением. Нужна необходимость раздачи памяток населению по профилактике мочекаменной болезни и по оказанию первой помощи при почечной колике. Это поможет повысить эффективность лечения, снизить частоту обострений заболевания.

Заключение

Мочекаменная болезнь является частой патологией, занимающей большое место в структуре урологических заболеваний. Мочевые диатезы носят генетический характер, но могут потенцироваться алиментарным фактором, гиподинамией, инфекциями, нарушениями оттока мочи.

Мочекаменная болезнь распространена в регионах с сухим и жарким климатом, где на камнеобразование влияет дегидратация и повышение уровня эндогенного витамина D. Это вызывает токсическое поражение эпителия извитых канальцев и ведет к камнеобразованию. Гиперпаратиреоз может приводить к тяжелым формам нефролитиаза. Большое значение в патогенезе мочекаменной болезни имеют различные нарушения оттока мочи.

За последние два десятилетия произошло два события, кардинально изменившие подходы к диагностике и лечению мочекаменной болезни. Эти изменения связаны с широким внедрением в практическую деятельность ультразвуковой диагностики и дистанционной литотрипсии. УЗИ стало хорошим способом скрининг диагностики и динамического наблюдения. Дистанционная литотрипсия, а в дальнейшем внедрение контактной литотрипсии позволяют дробить камни в 90-95% случаев и избежать открытых операций. Прогнозы о значительных патологических изменениях в почечной паренхиме, возникающие после литотрипсии не оправдались. В 5-10% пациентам с мочекаменной болезнью выполняются открытые операции. Такая необходимость возникает при необходимости коррекции патогенетических факторов камнеобразования (нефроптоз, гидронефроз, стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента и др.).

В целом решение проблемы мочекаменной болезни лежит в ранней диагностике камня на этапе его формирования с последующим проведением этиотропного и патогенетического лечения, а также своевременной профилактики и метафилактике камнеобразования.

Выводы

1. Изучив теоретическую составляющую мочекаменной болезни, мы определили, что мочекаменная болезнь – это формирование конкрементов (камней) в органах мочевыделительной системы. Есть много причин мочекаменной болезни, но к возникновению мочекаменной болезни, кроме врожденной предрасположенности, приводит целый комплекс различных факторов: особенности питания, состав воды, вредные условия труда, малоподвижный образ жизни, недостаток в пище витамина А и витаминов группы В, дефицит ферментов, приводящий к нарушению обмена веществ, заболевания паращитовидных желез.
2. Исследовав основные принципы диагностики МКБ, мы узнали, что к ним относятся общий анализ крови и мочи, обзорная и экскреторная урография, УЗИ почек и мочеточников. Большое диагностическое значение имеет проба с индигокармином. Главная задача при лечении МКБ удалить камни из мочевыделительной системы, их либо растворяют, либо извлекают путем хирургического вмешательства. Таким образом, лечение мочекаменной болезни сводится к нескольким моментам: прием определенных лекарств; физиотерапия; диета; операция.
3. Раскрыв деятельность фельдшера, мы выяснили, что первоочередная задача деятельности фельдшера при работе с пациентами с МКБ состоит в правильной постановке диагноза, в том числе тщательном проведении дифференциальной диагностики приступа почечной колики и острых хирургических заболеваний. Анкетирование показало, что уровень информированности населения хороший, только 15% не знают о болезни. Большинство участников опроса не имеют представления о профилактике данного заболевания. Следует больше уделять внимание проведению санитарно-просветительской работе с населением.

Список источников и литературы

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г №323-ФЗ (последняя редакция)
2. Приказ МинздравСоцРазвития России от 03.06.2005г №378 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным мочекаменной болезнью»
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 09.11.2012г №699н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при почечной колике».
4. Александров В.П., Этиология и патогенез уролитиаза (клинико-биохимические и иммуногенетические аспекты) – Ленинград. 2016
5. Самойленко В. Н., Заболевание почек. Современный взгляд на лечение и профилактику - Санкт-Петербург, ИГ "Весь". 2018
6. Аляев Ю.Г. Мочекаменная болезнь. Современные методы диагностики и лечения. ГЭОТАР – Медиа, 2016.
7. Вошула И.В. Мочекаменная болезнь. Этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика. – Минск. 2016
8. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Григорьева Н.А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению, 2017.
9. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. В 3 томах. Медицина. 2018
10. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Неотложная урология. Медицина. 2016
11. Петровский Б.В., Большая медицинская энциклопедия. 2019
12. Немцов В. И. Правильное питание при нарушениях обмена веществ. - Москва, Диля. 2016
13. Тиктинский О. Л., Александров В. П., Мочекаменная болезнь. - Москва, Питер. 2017
14. Шелагуров А.А. Пропедевтика внутренних болезней, Медицина. 2016
15. Чиркин А. А. — Диагностический справочник терапевта, 2018
<https://03-med.info/bolezni/urologiya/mochekamennaya-bolezn-lektsiya-dlya-feldshero.html>
16. Автор24. Лекция. Мочекаменная болезнь. Роль фельдшера при оказании помощи на догоспитальном этапе
https://spravochnick.ru/medicina/mochekamennaya_bolezn_rol_feldshera_pri_okazanii_pomoschi_na_dogospitalnom_etape/

Приложение 1

Социологический опрос для выявления факторов риска заболеваний почек.

Просим Вас внимательно просмотреть данную анкету и отметить или подчеркнуть подходящие для Вас ответы. Анкета заполняется анонимно.

1. Ваш пол?
 - Мужской
 - Женский
2. Знаете ли вы, что такое мочекаменная болезнь?
 - Да
 - Нет
3. Страдаете ли вы мочекаменной болезнью?
 - Да
 - Нет
 - Не знаю
4. Отмечали ли вы в своей жизни хотя бы раз эпизод отхождения камня из мочевых путей?
 - Да
 - Нет
5. Были ли у ваших родственников (мать, отец, братья, сестры и т.д) опухоли почки?
 - Да
 - Нет
6. Отмечали ли вы когда-либо возникновение болей, не связанных с движением, в боку или пояснице?
 - Да
 - Нет
7. Знаете ли вы о мерах профилактики мочекаменной болезни?
 - Да
 - Нет