ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИП

Реферат «Гематурия»

Выполнила:

Ординатор кафедры урологии,

андрологии и сексологии ИПО

Свиридова Т. А.

Красноярск, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

1. Гематурия

2. Лабораторное исследование мочи

3. Топическая диагностика

4. Экскреторная урография

5. Полипы уретры

6. Карункулы

7. Рак уретры

8. Терминальная гематурия

9. Тотальная гематурия

10.Эссенциальная гематурия

ГЕМАТУРИЯ

Гематурия -- часто первый, а порой грозный симптом многих заболеваний органов мочеполовой системы (табл. 1). Прекращение гематурии не всегда служит признаком выздоровления или остановки развития болезни.

Различают гематурию *микроскопическую* и *макроскопическую.* При макрогематурии необходимо заставить больного помочиться в два или три стакана, что позволяет уточнить локализацию источника кровотечения.

Макроскопическая гематурия может быть трех видов:

1) инициальная (начальная), когда только первая порция мочи окрашена кровью, остальные порции нормального цвета,

2) терминальная (конечная), при которой в первой порции мочи визуально примеси крови не обнаруживается и только последние порции мочи содержат кровь;

3) тотальная, когда моча во всех порциях одинаково окрашена кровью (рис. 8).

Таб. 1. причины почечных кровотечений

|  |
| --- |
|  |
| Причины,обусловливающие гематурию | Патологические изменения в почке, болезни крови и другие процессы |  |
| Конгенитальные аномалии | Кистозные изменения пирамид, гипертрофия сосочка, нефроптоз и др. |  |
| Механические | Травмы, конкременты, гидронефроз |  |
| Гематологические | Нарушения свертывающей системы крови, гемофилия, серповидно-клеточная анемия и др. |  |
| Гемодинамические | Расстройства кровоснабжения почки, нефроптоз |  |
| Рефлекторные | Вазоконстрикторные нарушения, шок |  |
| Аллергические | Гломерулонефрит, артериит, пурпура |  |
| Токсические | Медиеаментозные, инфекционные |  |
| Воспалительные | Гломерулонефрит , пиелонефрит |  |
| Опухолевые | Доброкачественные новообразования, злокачественные новообразования |  |
| «Эссенциальные» |  |  |
|  |  |  |

В распознавании источника гематурии и ее характера большая роль принадлежит анамнезу и осмотру больного. Необходимо выяснить условия возникновения гематурии, ее степень, характер и длительность, время ее появления до или после приступа почечной колики, наличие в моче сгустков крови, их форму, наличие или отсутствие дизурии и боли при мочеиспускании. У мужчин визуальная оценка характера гематурии является наиболее точной. В связи с тем что женщины осуществляют акт мочеиспускания сидя и могут осмотреть всю выделенную ими мочу в конце акта мочеиспускания, они чаще расценивают гематурию как тотальную. При уточнении характера гематурии у женщин необходимо исключить кровотечение из половых органов.

В таких случаях обычно исследуют среднюю порцию мочи при самостоятельном мочеиспускании или мочу, полученную из пузыря путем катетеризации. Гематурия у женщин, совпадающая по времени с предменструальным периодом, должна навести на мысль об эндометриозе мочевого пузыря.

Современные методы лабораторного, инструментального и рентгенологического исследований дополняют и уточняют данные первичного осмотра больного.

Лабораторное исследование мочи при любой интенсивности гематурии подтверждает факт кровотечения, однако формулировка «эритроциты покрывают все поле зрения» не позволяет определять ни степень гематурии, ни ее источник. Лабораторное исследование мочи имеет значение лишь при оценке микроскопической гематурии (наличие в осадке мочи 1--3 эритроцитов -- явление нормальное). О *микрогематурии*можно говорить при обнаружении эритроцитов в каждом поле зрения микроскопа (более 1000 в 1 мл мочи).

При наличии анамнестических указаний на *макрогематурию*инструментальные методы исследования позволяют установить топический и клинический диагноз, когда источник гематурии находится в мочевом пузыре, а если кровотечение исходит из верхних мочевых путей, то выявить сторону поражения. За исключением гематурии при остром цистите и остром простатите, когда диагноз не вызывает сомнения, в других случаях макрогематурии необходимо безотлагательное обследование больного в момент макрогематурии. Цистоскопия должна быть предпринята в поликлинике при обращении больного по поводу макрогематурии.

К сожалению, на практике нередко происходит обратное. Появление крови в моче настораживает больного и заставляет его обратиться к врачу, чаще к специалисту по внутренним болезням, который стремится - «остановить кровотечение», вместо того чтобы направить больного к урологу или хирургу для выяснения источника гематурии. Больному назначают кровоостанавливающие средства (викасол, кальция хлорид, дицинон), после чего кровотечение из мочевых органов обычно прекращается. Однако такой «терапевтический эффект» обусловлен не действием указанных препаратов, а тем, что кровотечение в основе своем венозное, обусловлено местной гипертензией, носит перманентный характер.

В случае примеси крови моча приобретает красный цвет различной интенсивности -- от цвета мясных помоев, до темно-вишневого. Интенсивно окрашенная в красный цвет моча с кровяными сгустками свидетельствует о значительном кровотечении. Степень кровопотери при макроскопической гематурии нельзя оценивать по интенсивности окраски мочи, так как содержание 1 мл крови в 1 л мочи уже придает ей красный цвет. Интенсивность кровотечения определяется наличием кровяных сгустков, степень кровопотери -- показателями гемоглобина, а более точно -- гематокрита.

Алая кровь, выделяющаяся с мочой, свидетельствует о продолжающемся кровотечении. В случаях, когда моча приобретает коричневую окраску, следует считать, что кровотечение прекратилось, а окраска мочи обусловлена растворением кровяных сгустков мочой. Гнилостный запах говорит о застое мочи и присоединении инфекции.

Следует помнить, что цвет мочи может меняться при приеме различных лекарственных препаратов и пищевых продуктов; от пирамидона -- розовый цвет, от 5-НОК -- шафрановожелтый, от ревеня и сенны коричневый, от пургена при щелочной реакции мочи -- малиновый, от свеклы -- красный, от марены красильной -- буроватокрасный. Желчные и кровяные пигменты также изменяют цвет мочи. При интенсивной уратурии она приобретает красноватый цвет.

*Топической диагностике*помогает характер кровяных сгустков. Так, червеобразной формы сгустки указывают на кровотечение из верхних мочевых путей и их формирование в мочеточнике. Тонкие, цилиндрической формы свертки крови длиной 7--10 см и более представляют собой слепок просвета мочеточника и свидетельствуют о значительном почечном кровотечении. Однако возможно формирование червеобразных сгустков в просвете уретры, что может наблюдаться после травматически выполненной катетеризации мочевого пузыря у больного аденомой предстательной железы. Бесформенные сгустки крови чаще образуются в мочевом пузыре, однако источником гематурии помимо мочевого пузыря может быть почка или мочеточник.

Для топического диагноза имеют значение боли в поясничной области. Боли обусловлены острым нарушением пассажа мочи из почки образовавшимися кровяными сгустками.

Гематурия может быть проявлением и внепочечных заболеваний -- болезней крови, скорбута, скарлатины, брюшного тифа, желтой лихорадки, септического эндокардита или быть следствием неправильного лечения антикоагулянтами, когда их применение не контролируют временем свертывания крови и уровнем протромбина.

Иногда при микроскопии осадка мочи не обнаруживают эритроцитов. Такое явление носит название гемоглобинурии. Кровавая окраска мочи зависит от распада в крови эритроцитов и выделения с мочой гемоглобина, который находится в ней в виде цилиндров.

Цвет мочи при гемоглобинурии не изменяется даже при длительном ее стоянии, тогда как при гематурии эритроциты быстро оседают на дно сосуда, а верхние слои мочи приобретают нормальную желтоватую окраску. Гемоглобинурия наблюдается после переливания несовместимой крови, вследствие гемолиза, при гемолитической желтухе, отравлении различными ядами (карболовая кислота, бертолетова соль, анилин, грибы), длительном охлаждении и обширных ожогах, септическом аборте, малярии, тифе, сифилисе. Для определения наличия гемоглобина в моче применяют бензидиновую и пирамидоновую пробы, а для определения эритроцитов -- пробу Стона -- Бэрка (положительна при наличии 700 эритроцитов в 1 мл мочи).

При травматическом сдавливании и размозжении тканей (краш-синдром) моча приобретает красно-бурую окраску, что обусловлено наличием в ней коричнево-бурого пигмента миоглобина, по составу близкого к гемоглобину. Миоглобин поступает в кровь из разможженных мышц, а так как его молекула в 3 раза меньше, чем молекула гемоглобина, то он легко проникает в мочу.

Если в момент кровотечения необходимо производить цистоскопию и одновременно рентгенологическое исследование, то интерпретировать рентгенограммы, выполненные в момент геморрагии, трудно.

Обзорный снимок мочевой системы позволяет выявить лишь рентгенопозитивные конкременты, различные обызвествления, увеличение в размерах почки и т. д.

*Экскреторная урография* при отсутствии выделения или позднем выделении рентгеноконтрастного вещества может указать сторону поражения. Однако следует иметь в виду, что при экскреторной урографии, произведенной на высоте кровотечения, могут быть получены ложные указания на новообразование при наличии сгустков крови в чашечно-лоханочной системе. В случае сомнения показана почечная ангиография.

При инициальной гематурии моча окрашена кровью лишь в первой порции, что свидетельствует о наличии патологического процесса в уретре. Инициальную гематурию необходимо отличать от уретроррагии, при которой кровь выделяется вне акта мочеиспускания. Последняя наблюдается при травме мочеиспускательного канала, карункулах, полипах, папилломах, кондиломах, раке уретры и выпадении слизистой уретры.

Новообразования уретры бывают доброкачественные (полипы, папилломы, кондиломы и карункулы) и злокачественные (рак и саркома). Это деление условно. Согласно современным взглядам, перечисленные заболевания представляют собой различные стадии единого бластоматозного процесса, ведущего к злокачественному превращению.

*Полипы уретры* образуются вследствие гипертрофии железистых образований слизистой оболочки. Они располагаются чаще на задней или боковой стенке уретры и могут быть обнаружены при осмотре. Полипы могут выпадать из уретры. Вследствие постоянной травмы полипы приобретают ярко-красный или сине-багровый, цвет, нередко кровоточат и подвергаются патологическим изменениям (лейкоплакия, эрозия и др.). Под клиническим диагнозом «полипы уретры» чаще скрывается новообразование типа папилломы, реже -- аденоматозные разрастания желез подслизистого слоя уретры.

*Карункулы*представляют собой небольшие образования ярко-красного цвета с бархатистой поверхностью, мягкие на ощупь, легко кровоточащие. Они состоят из рыхлой соединительной ткани, варикозно расширенных узлов, покрытых слизистой оболочкой уретры. Застойные явления в системе малого таза вызывают набухание этих узлов, разрывы отдельных сосудов и кровотечение.

Папилломы по виду напоминают цветную капусту, состоят из мелких ворсин, имеют различную величину и легко кровоточат. У мужчин папилломы нередко множественны, чаще локализуются в ладьевидной ямке и видны при раздвигании краев наружного отверстия уретры, однако могут располагаться и по всей уретре. При присоединении инфекции появляются гнойные выделения из уретры. В связи с тем что папилломы бывают множественные и тогда не видны при осмотре наружного отверстия уретры, необходимо производить уретроскопию и уретрографию, что позволит избежать диагностических ошибок. Примером может служить следующее наблюдения.

Больной С, 28 лет, обратился с жалобами на гнойные выделения из уретры и уретроррагию. Год назад из ладьевидной ямки удалена папиллома на ножке. При осмотре в ладьевидной ямке обнаружен рецидив опухоли; последняя электрокоагулирована. Через 2 мес снова обратился с аналогичными жалобами. На уретрограмме обнаружены множественные дефекты наполнения в висячей части уретры. Диагноз: множественный папилломатоз уретры. Произведены меатомия и уретротомия с иссечением папиллярных образований из слизистой оболочки на протяжении 6 см.

Острые кондиломы обычно локализуются в области отверстия уретры и у женщин сочетаются с кондиломами вульвы. В отличие от папилломы кондилома редко характеризуется гиперкератозом.

*Лечение карункулов*, полипов и кондилом должно быть радикальным: производят клиновидную или циркулярную резекцию уретры, а при локализации остроконечных кондилом на крайней плоти -- круговое обрезание ее. При распространении папиллярных новообразований на протяжении уретры показана резекция ее.

В последние годы производят эндоскопическую трансуретральную электрорезекцию опухолей уретры.

*Рак уретры* чаще встречается у женщин, локализуется в периферическом отрезке уретры и постепенно инфильтрирует стенку ее. Опухоль распространяется по уретре к мочевому пузырю. Симптоматика вначале нехарактерна. Заболевание проявляется дизурией, поллакиурией, тенезмами, терминальной гематурией, а по мере распространения опухоли на шейку мочевого пузыря появляются недержание мочи и реже задержка мочеиспускания. В начальных стадиях диагностика представляет некоторые трудности. Заболевание следует дифференцировать от эктропиона слизистой уретры, папилломатоза и карункулеза. При ощупывании уретры через влагалище определяется уплотнение стенки мочеиспускательного канала. Такое уплотнение следует отличать от воспалительного инфильтрата. Диагностике способствует биопсия.

Рак уретры у мужчин чаще локализуется в промежностно-мошоночном отделе. Предрасполагающими моментами к его возникновению являются травматические сужения, свищи уретры. Первыми проявлениями рака уретры у мужчин служат серозно-жидкие выделения, которые затем приобретают серозно-гнойный характер с примесью крови. Наблюдаются дизурия и постепенно нарастающее затруднение мочеиспускания вплоть до выделения мочи каплями, которое может смениться недержанием мочи или полной задержкой мочеиспускания. Характерны боли в головке полового члена, которые становятся нестерпимыми при мочеиспускании и извержении семени. Опухоль доступна пальпации лишь при распространении бластоматозного процесса на кавернозные тела, предстательную железу, яички, лонные кости.

Лечение оперативное или комбинированное (оперативное и лучевое).

Выпадение слизистой оболочки уретры наблюдается преимущественно у маленьких девочек и пожилых женщин. Предрасполагающими факторами являются затяжные роды, воспалительные заболевания уретры, вульвовагинит, повышение внутрибрюшинного давления (геморрой, запор и т. д.). Слизистая оболочка выпадает из наружного отверстия уретры частично или по всей окружности, вследствие чего отверстие уретры открывается в верхушке выпавшей слизистой. Если же выворот слизистой оболочки тотальный, то отверстие уретры расположено несколько эксцентрично. 52% больных жалуются на дизурию, 26% -- на кровотечение из уретры. Выпавшая слизистая оболочка синюшне-багрового цвета. При присоединении инфекции появляются отек, изъязвление и некроз ее поверхности. Иногда возникают трудности при дифференциальной диагностике выпадения слизистой от опухоли уретры. В этих случаях показана биопсия.

Небольшие выпадения слизистой оболочки уретры не требуют оперативного лечения. В случае значительного выпадения слизистой оболочки уретры, сопровождающегося хроническим воспалением, кровоточивостью, ущемлением выпавшей слизистой, показана резекция уретры.

При *терминальной гематурии* моча окрашена кровью в последней порции, что свидетельствует о наличии патологического процесса в задней уретре или мочевом пузыре. Такая гематурия чаще наблюдается при остром цистите, простатите, камне и опухоли мочевого пузыря.

Терминальная гематурия, обусловленная новообразованиями мочевого пузыря, может возникнуть при небольших папиллярных опухолях на длинной ножке, ворсины которых проникают в шейку мочевого пузыря или локализуются в ней. Травматизация ворсинок в момент сокращения внутреннего сфинктера сопровождается терминальным кровотечением.

При остром цистите терминальная гематурия проявляется на фоне дизурии, а при остром простатите, помимо этого, сопровождается повышением температуры тела, ознобом и болью в промежности.

При *тотальной гематурии* моча окрашена кровью во всех порциях, что может быть обусловлено локализацией патологического процесса либо в почке, либо в мочеточнике, либо в мочевом пузыре.

Наиболее часто причинами тотальной гематурии являются опухоль, камень, травма почки, опухоль мочевого пузыря, реже -- аденома простаты, туберкулез мочевого пузыря и почки, пиелонефрит, некроз почечных сосочков, нефроптоз, венная почечная гипертензия, гидронефротическая трансформация и др.

Механизм тотальной гематурии из верхних мочевых путей при указанных заболеваниях в большинстве случаев, связан с нарушением почечной гемо- и уродинамики. Венозные сплетения форниксов при нарушенном венозном оттоке или значительном повышении внутрилоханочного давления переполняются кровью, вены, кольцевидно охватывающие своды чашечек, расширяются, целостность их нарушается.

При опухоли почки гематурия может быть первым и единственным признаком заболевания, что наблюдается у 31,1% больных. При прорастании опухолью лоханки или чашечек гематурия возникает в результате нарушения целостности сосудистой стенки (поздний симптом). В тех случаях, когда опухоль не имеет сообщения с чашечно-лоханочной системой, гематурия возникает вследствие нарушения венозного оттока из той зоны почки, в которой располагается опухолевый узел. Вследствие этого наступает расширение форникальных вен, а при их разрыве -- кровотечение (ранний симптом).

Гематурия обычно появляется внезапно и прекращается самостоятельно. Как правило, она безболезненна, однако при окклюзии мочеточника сгустками крови боли возникают вслед за гематурией. Сочетание этих двух симптомов позволяет дифференцировать новообразование почки от нефролитиаза, при котором боль предшествует гематурии. Гематурия может повториться спустя различное время. Укорочение светлых промежутков свидетельствует о бурном росте опухоли.

При почечнокаменной болезни гематурия возникает не столько в результате непосредственной травмы уротелия лоханки конкрементом, сколько вследствие нарушения целостности форникальных венозных сплетений при резком повышении внутрилоханочного давления. В момент почечной колики моча может быть без видимой примеси крови, поскольку при этом нарушен отток ее из почки. Обычно гематурия при нефролитиазе не угрожает жизни больного; она прекращается после восстановления пассажа мочи.

Этиологическая связь гематурии с нефролитиазом может быть установлена на основании обзорного снимка мочевой системы. Однако в 12% случаев камень может быть рентге-нонегативным и выявление его требует специальных методов исследования.

При пиелонефрите нарастающие склеротические изменения в паренхиме и сосудах приводят к возникновению венной почечной гипертензии, следствием которой являются расширение форникальных венозных сплетений и их переполнение. Наибольшие изменения возникают в интерстициальной ткани мозгового вещества почки. Склеротический процесс в паренхиме приводит к сдавлению вен и уменьшению их просвета, что резко нарушает венозный отток. Этому способствует мезартериит, приводящий к ишемии почки, особенно мозгового вещества, которое васкуляризовано беднее, чем корковое вещество.

Ишемия рефлекторно вызывает венозный застой для улучшения питания почки и как бы компенсирует недостаток артериального кровоснабжения. В связи с этим происходят расширение вен, замедление венозного кровотока, а по мере включения всех венозных резервных систем -- венная гипертензия. Поскольку вены форникальной зоны расположены наиболее поверхностно по отношению к чашечкам и лоханке и не имеют столь богатой мышечной оболочки, как вены остальной части мозгового вещества, они наиболее легко расширяются, а при возникновении венной почечной гипертензии ранее других сосудов травмируются, что проявляется гематурией.

При пиелонефрите воспалительно-склеротические изменения возникают не только в почечной паренхиме, но и в окружающей почку жировой клетчатке. Развивающийся при этом перинефрит приводит к нарушению лимфатического оттока из почки, что в свою очередь усиливает интерстициальный отек, а также еще больше ухудшает нарушенное кровоснабжение почки, особенно венозный ее отток. При дальнейшем развитии перинефрита в воспалительно-склеротический процесс вовлекается клетчатка почечного синуса, сдавливается сосудистая почечная ножка, развивается педункулит. Поскольку почечная вена имеет менее плотные стенки, нежели артерия и тонус ее невысокий, она намного раньше артерии сдавливается, что содействует тотальной венной гипертензии.

Однако поскольку при педункулите сдавление почечной вены в почечном синусе воспалительно-склеротическим процессом происходит постепенно, а в корковом веществе почки имеется значительно большее количество сосудистых анастомозов, чем в мозговом, наступает расширение главным образом вен мозгового вещества почки, особенно форникальных зон.

Среди других причин экстраренальной почечной венной гипертензии имеет значение аномалийное расположение почечных магистральных сосудов, особенно слева, где нередко расположена так называемая ретроаортальная почечная вена. В результате постоянного давления на нее аорты может создаваться затрудненный отток крови от левой почки, а это при соответствующих условиях приводит к венной гипертензии.

Почечная венная гипертензия проявляется изменениями не только в почечной паренхиме, но также в венах лоханки и мочеточника, особенно в проксимальном сегменте последнего, ибо венозный отток из верхней трети мочеточника осуществляется в основном по системе почечной вены. При ренальной венной гипертензии происходит расширение вен верхнего отдела мочеточника, в чем уролог может убедиться, оперируя больных пиелонефритом: обычно на поверхности мочеточника в его адвентиции располагаются извитые, расширенные вены. Наличие расширенных вен мочеточника указывает на большие склеротические изменения в почке. Помимо этого, нарушение кровоснабжения мочеточника в его верхней трети создает условие, благоприятствующее возникновению периуретерита и уретерита, часто сочетающихся с пиелонефритом.

При некротическом папиллите патогенез макрогематурии несколько иной.

В основе этого страдания лежит инфаркт сосочка, а иногда и всей мальпигиевой пирамиды, обусловленный нарушенным кровоснабжением этих частей почки, особенно в зоне спиральных сосочковых артерий. Кровотечение возникает вследствие отторжения почечного сосочка, пораженного инфарктом. Кровотечение бывает значительным, так как вокруг инфаркта демаркационная зона переполнена кровью.

Наиболее интенсивная гематурия наблюдается в тех случаях, когда некроз сосочков сопровождается пиелонефритом и нагноением инфаркта. Воспалительные изменения в паренхиме вокруг инфаркта сосочка приводят к усиленному кровоснабжению, чем обусловливается интенсивность кровотечения при отторжении сосочка. Развивающиеся в почечной паренхиме склеротические изменения создают условия для зияния сосудов, чем и объясняется длительность гематурии. Этому содействует возникающая при пиелонефрите венная гипертензия. Прекращение гематурии связано с тромбозом сосудов, однако наличие гнойного воспаления может привести к расплавлению и отторжению тромбов и вызвать повторное кровотечение.

Нередко отторгшийся сосочек проникает в чашечно-лоханочную систему или мочеточник, чем содействует повышению внутрилоханочного давления, следствием которого является расстройство почечной гемодинамики по типу венной гипертензии.. Последнее обстоятельство само по себе может вызвать гематурию, так как в местах отторжения сосочков имеются легко ранимые зоны. К тому же отторгшийся сосочек, ущемившись в чашечке, лоханке или мочеточнике, вызывает почечную колику вследствие окклюзии мочевых путей

При туберкулезе почки макрогематурия встречается у 20% больных [Шабад А. Л., 1972]. Она возникает в результате изъязвления почечного сосочка с эрозией стенки сосуда (v. fornicis) и нередко сочетается с пиурией.

При папиллярных опухолях мочевого пузыря гематурия обычно безболевая, носит профузный характер, сгустков не наблюдается. Появление болезненного, учащенного мочеиспускания свидетельствует об инфильтрации стенки пузыря опухолью. Интенсивность гематурии и ее частота не зависят от величины и стадии новообразовательного процесса. Гнилостный запах мочи указывает на присоединение инфекции и распад опухоли, обрывки которой могут выделяться самостоятельно при мочеиспускании. При массивном кровотечении с образованием бесформенных сгустков возможна острая задержка мочи вследствие тампонады мочевого пузыря. Аналогичная картина может наблюдаться при кровотечении из верхних мочевых путей.

При аденоме простаты гематурия возникает без видимой причины, обусловлена венозным застоем в органах малого таза, склерозом сосудов и повышенной их ранимостью. По мере увеличения аденомы предстательной железы и нарушения функции мочевого пузыря возникает густая сеть варикозно-расширенных сосудов. Некоторые сосуды располагаются на поверхности увеличенной железы непосредственно под слизистой оболочкой. Затруднение мочеиспускания вызывает нарушение целостности варикозно-расширенных вен. Гематурия может развиться при катетеризации мочевого пузыря вследствие нарушения целостности разрыхленной слизистой оболочки задней уретры, а также при ложном ходе, образовавшемся вследствие неправильной катетеризации.

В этих случаях отмечается уретроррагия, или инициальная гематурия, а при ретроградном попадании мочи в мочевой пузырь тотальная гематурия. Кровотечение из расширенных простатических вен часто прекращается самостоятельно, но иногда носит угрожающий для жизни больного характер, приводя к тампонаде мочевого пузыря. В этих случаях попытка восстановить мочеиспускание, отмыть мочевой пузырь от сгустков с помощью катетера почти всегда оказывается безрезультатной. При таких обстоятельствах для удаления сгустков необходимо воспользоваться эвакуатором и шприцем Жане. Если тампонада мочевого пузыря вызвана кровотечением из расширенных вен аденомы предстательной железы или распадающейся опухоли мочевого музыря, то необходимо срочное оперативное вмешательство -- аденомэктомия или цистостомия с гемостазом зоны кровотечения.

Для предупреждения образования ложного хода или травмы слизистой оболочки уретры при катетеризации мочевого пузыря следует пользоваться катетерами Тимана или Мерсье № 18--20 по Шарьеру.

Тотальная гематурия у женщин может возникнуть в результате разрыва варикозно-расширенных вен мочевого пузыря, что наблюдается при значительных размерах фибромиомы матки, опухолях и кистах яичника.

Эссенциальная гематурия объединяет ряд состояний, при которых неизвестна этиология, патогенез, а клиникорентгенологические и морфологические исследования не позволяют выявить причину кровотечения.

Таб. 2. Причины так называемой эссенциальной почечной гематурии.

|  |
| --- |
|  |
| Характер процесса | Непосредственна причина |  |
| Патологические процессы в сосочково- форникальной зоне почке | Пиеловенозный рефлюкс, чашечно- венозный канал, венозный варикоз |  |
| Заболевания сосочков и лоханки | Кистозные процессы в сосочках, так называемая губчатая почка, некроз сосочков, эндометриоз, варикоз вен |  |
| Патологическая подвижность почки | Нефроптоз |  |
| Заболевания почечного синуса | Педункулит, спаечные процессы вокруг магистральных почечных сосудов, липоматоз синуса, пахикапсулит, аневризма, варикоз вен |  |
| Заболевания почечного интерстиция | Микрофиброматоз, гиперплазия интерстиция с артериолосклерозом, гиперплазия юкстагломерулярного аппарата |  |
| Инфекционно- воспалительные процессы | Пиелонефрит, некротический папиллит, гепетит |  |
| Поражения почечных сосудов | Инфаркт, тромбоз вен  Сдавление магистральной почечной вены, вырикозное расширение внутрипочечных вен, внутрипаренхимные аневризмы, ангиомаиозные формации в форниксе |  |
| Болезни крови, дискразия | Серповидно- клеточная анемия, гемофилия, эритремия, пурпура |  |
| Пагубное влияние лекарственных препаратов, нарушающих функцию свертывающей системы крови | Антикоагулянтная терапия, цистостатики |  |
|  |  |  |

Однако по мере совершенствования и расширения арсенала диагностических возможностей с использованием современных методов исследования (почечная ангиография, селективная артериои венография почек, телевизионная урокинематография, артерио- и венокинематография, трансуретральная, интраоперационная или пункционная пиелоскопия и др.) количество наблюдений, расцениваемых как эссенциальная гематурия, уменьшается. В настоящее время удалось выяснить, что гематурия, ранее считавшаяся эссенциальной, связана с венной гипертензией, некротическим папиллитом и др. В табл. 2 перечислены патологические процессы, которые чаще всего являются патогенетическими факторами, обусловливающими так называемые эссенциальные почечные кровотечения.

Диагностировать эссенциальную гематурию можно лишь в тех случаях, когда исключение опухоли почки не вызывает никаких сомнений. Эти больные подлежат длительному диспансерному наблюдению, в течение которого нередко выясняются этиология и патогенез гематурии.

ЛИТЕРАТУРА

1.Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Неотложная урология. - М.: Медицина,

320 с., ил.

2.Урология: учебник/ Н.А. Лопаткин, А.Ф. Даренков, В.Г. Горюнов и др.; Под ред. Н.А. Лопаткина. - 4е изд., стериотипное.- М.: Медицина, 1995.

496 с.: ил.- (Учеб. лит. Для студ. мед. вузов). - ISBN 5-225-00971-9