

РЕФЕРАТ

Мери Мхитарян

Дата переподготовки: 06.10.06 — 06.11.06

Руководитель: Саргсян Ашот

Клиника: МЦ "Арабкир"

Отделение: Нефрология

Тема: Неотложные состояния
в нефрологии

Глава 1. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕФРОЛОГИИ

Среди неотложных состояний в нефрологии наиболее часто наблюдается почечная колика. Ее яркая клиническая картина, как правило, не вызывает диагностических трудностей, которые возникают при определении причины почечной колики. В то же время пограничные состояния между почечной коликой и обычным болевым синдромом, наблюдающимся при заболеваниях почек, часто ведут к диагностическим ошибкам, когда ставят диагноз острого аппендицита, холецистита или панкреатита, радикулита и даже предпринимают необоснованное оперативное лечение. Достаточно сказать, что в 25—40% так называемого «катарального аппендицита», когда было произведено неоправданное хирургическое вмешательство, причиной болевого синдрома являлась почечная колика или почечный болевой синдром.

В связи с изложенным следует четко представлять себе механизм развития почечной колики и ее важные дифференциально-диагностические особенности. Подчеркивая важность этого тезиса, необходимо помнить, что с почечным болевым синдромом, в том числе с почечной коликой, постоянно сталкиваются врачи всех специальностей.

Чаще почечная колика возникает у людей, имеющих нефрологический анамнез (мочекаменная болезнь и самостоятельно отходящие мелкие конкременты, мочекислые диатезы, перенесенный острый и имеющийся хронический пиелонефрит, любые нарушения мочеиспускания и т.п.). Однако она может впервые возникнуть и, казалось бы, у совершенно здорового человека, на фоне полного благополучия. Факторами, предрасполагающими к развитию сильного почечного болевого синдрома, может быть тряская езда в транспорте, усиленная физическая нагрузка, большой прием жидкости или, наоборот, недостаточное питье после обильного потоотделения, некоторые инвазивные методы обследования и лечения (катетеризация, цистоскопия, ректороманоскопия, пальцевое исследование предстательной железы), а также ряд заболеваний (орхоэпидидимит, везикулит, аднексит, неврит симпатического сплетения). Последний фактор-типичный пример причины так называемой рефлекторной почечной колики. В ее основе лежит

нарушение пассажа мочи, вызванное сегментарным спазмом гладкой мускулатуры мочеточника. Наряду с указанными причинами, почечную колику может вызвать гематурия любого генеза с образованием сгустка крови или фибрина, нефроптоз, когда имеется перегиб («диваация») мочеточника, нарушения гемодинамики в почке, вплоть до тромбоза ее сосудов, отдельные формы острого пиелонефрита (некротический папиллит).

Почечная колика при сдавлении мочеточника извне длительно развивающимся процессом (опухоль, воспаление, забрюшинный фиброз), как правило, встречается крайне редко. Эти состояния обычно ведут к постепенному развитию гидронефротической трансформации, хронической инфекции мочевых путей и нарастанию интенсивности болевого синдрома, но не к острой почечной колике.

Клинический опыт показывает, что в подавляющем большинстве случаев (до 95%) причиной почечной колики является мочекаменная болезнь. Следует подчеркнуть, что схема механизма развития почечной колики любого генеза, как и любого почечного болевого синдрома, причиной которого служит нарушение уродинамики, идентична.

Препятствие к оттоку мочи, часто находящееся в мочеточнике (камень), приводит к его сегментарному спазму. Такая реакция мочеточника, в основе которой лежит тонкий рефлекторный механизм, является защитной, ибо все лишнее, что находится в организме, он пытается «вытолкнуть» из себя. С другой стороны, это еще больше усугубляет окклюзию, полностью или частично блокируя почку. Скапливающаяся над уровнем препятствия к оттоку мочи приводит к повышению внутрилоханочного давления. Проведенные исследования показали, что если в норме оно составляет 0—15 см вод.ст., то при почечной колике может достигать более 150 см вод.ст.

Повышение внутрилоханочного давления ведет к перерастяжению чашечно-лоханочной системы и раздражению богатейшего рецепторного аппарата почки, включая ее полостную систему, ножку, жировую капсулу, а также мелкие почечные сосуды. Это, в свою очередь, сказывается на микроциркуляции в почке, приводя к повышению внутрипочечного давления (это давление нельзя путать с внутрилоханочным) и венозному стазу. Почка «набухает», увеличиваясь в размерах, и перерастягивает практически не растяжимую, но чрезвычайно богатую нервными окончаниями фиброзную

капсулу. По концентрации нервных элементов ее можно сравнить, пожалуй, лишь с треугольником Льео в мочевом пузыре, который также очень богато иннервируется и, развиваясь из другого эмбрионального зачатка по отношению к прилежащим отделам мочевого пузыря, отличается существенными клиническими особенностями (чаще поражается воспалительными процессами и опухолями).

Испытывая агрессию, рецепторный аппарат фиброзной капсулы почки по вегетативной нервной системе передает раздражение через симпатические ганглии боковых столбов спинного мозга в головной, трансформируясь в болевые ощущения. При этом следует помнить, что ряд клинических проявлений почечной колики при заинтересованности вегетативной нервной системы в ее развитии и, в частности, почечного сплетения, объясняется раздражением блуждающего нерва, верхнего и нижнего чревных и солнечного сплетений и интрамуральных ганглиев в нижних отделах мочеточников. В частности, у пациентов с почечной коликой может быть изнуряющая тошнота и рвота. Она носит рефлекторный характер и, в отличие от желудочно-кишечной, не связана с приемом пищи и не приносит больному облегчения.

При типичной почечной колике характерно поведение больного: он ведет себя беспокойно, мечется, пытается найти положение, которое облегчило бы его страдания. Образно говорят, что больной «лезет на стенку», стонет, кричит от болей. Поэтому глаз опытного врача, входящего в палату с таким больным, порой может сразу определить характер заболевания.

Очень важным дифференциально-диагностическим признаком при почечной колике является пульс. Он, как правило, при почечной колике нормальный, или отмечается брадикардия, в то время как при катастрофе в брюшной полости пульс всегда учащен.

Болевой синдром при почечной колике приходится дифференцировать с другими состояниями, когда боль может локализоваться в поясничной области (радикулярный корешковый синдром, холецистит, панкреатит). В этом случае важен характер иррадиации болевых ощущений. Следует иметь в виду, что иррадиация при почечной колике всегда вниз, по ходу мочеточника (в отличие, например, от острого холецистита). При этом, чем ниже располагается причина, вызвавшая колику (камень в мочеточнике),

тем ниже находится дистальная точка иррадиации. Поэтому при локализации камня в средней и, особенно, в нижней трети мочеточника боли иррадиируют в головку полового члена, яичко, клитор, большую половую губу, по передней и внутренней поверхности бедра. Это связано с заинтересованностью n. pudendus, n. ilioinguinalis и n. lumboinguinalis.

При радикулярных болях иррадиация наблюдается по латеральной и задней поверхности бедра (nn. lumbales и n. ischiadicus).

Продвижение камня по мочеточнику вниз заметно изменяет клиническую картину. При локализации камня в тазовом отделе мочеточника (юкставезикальном и интрамуральном) почечная колика, как и обычный болевой синдром, часто сопровождается дизурией, связанной с общностью иннервационных связей мочеточников и мочевого пузыря. Это может быть учащенное мочеиспускание (поллакиурия) вплоть до императивных позывов и рези при мочеиспускании. В ряде случаев, когда у человека единственная почка и болевой синдром в ней связан с окклюзией камнем, наблюдается редкое мочеиспускание (олигокиурия) в результате олигурии, или даже экскреторной анурии, требующей срочного оперативного вмешательства. Иногда при почечной колике может развиваться рефлексорная задержка мочи.

Если почечная колика не осложнена и нарушение уродинамики не привело к развитию острого пиелонефрита, то температура у больного, как правило, нормальная, чего нельзя сказать об острых заболеваниях живота (аппендицит, холецистит, перитонит и т.п.). При почечной колике, несмотря на возможное вздутие живота, как правило, не бывает симптомов раздражения брюшины. Ощущение сухости во рту на фоне влажного языка во время почечной колики наблюдается при хорошо сохраненной перистальтике, что следует иметь в виду, проводя дифференциальный диагноз с «острым животом».

Пальпация почек при почечной колике может быть существенно затруднена из-за сильных болей, поэтому ее следует проводить очень осторожно и, тем более, не проверять так называемый симптом Пастернацкого, используя поколачивание по XII ребру. Как правило, к моменту первого осмотра у врача еще нет даже данных общего анализа мочи. Сам же Ф.И.Пастернацкий в своей монографии «Пиелит» (1907) описывал этот симптом как обязательное сочетание болезненности при поколачивании с обнаруживаемыми изменениями в моче.

Почечная колика может продолжаться от нескольких секунд до нескольких суток, чаще от 2 до 5 ч, может самостоятельно купироваться также внезапно, как и возникла. Это связано с изменением расположения камня в лоханке или мочеточнике, когда небольшой его поворот или смещение восстанавливают пассаж мочи, с отхождением камня в мочевой пузырь, с падением тонуса мочевыводящих путей и другими причинами, уменьшающими внутрилоханочное давление.

При поступлении больного с подозрением на почечную колику необходим анализ мочи и крови, ультразвуковое, рентгенологическое, а иногда — инструментальное исследование. В типичных случаях почечной колики может наблюдаться лейкоцитоз, однако в динамике он не нарастает, как и не отмечается сдвига лейкоцитарной формулы влево, что бывает при «остром животе» и гнойном воспалении в почках. В настоящее время доказано, что количественное содержание лейкоцитов в крови и СОЭ могут рефлекторно повышаться при сильном болевом раздражении, что наблюдается при почечной колике.

Изменения в моче при почечной колике, учитывая ее наиболее частую причину-камень в лоханке или в мочеточнике проявляются микрогематурией. Она возникает в результате микротравм слизистой оболочки смещающимся конкрементом. При наличии воспалительного процесса в мочевой системе, на фоне которого возникла почечная колика, в моче обнаруживается пиурия. Однако отсутствие изменений в моче ни в коем случае не исключает почечной колики, особенно «жесткой» и длительно не купирующейся. Полная окклюзия почки не позволит эритроцитам и лейкоцитам попасть в мочу ниже блока. Такое состояние может привести к повышению температуры в результате пиеловенозного рефлюкса и острому развитию пиелонефрита. Если на фоне длительно не купирующейся колики появляются «светлые» промежутки или она самостоятельно стихает, то обнаружение изменений в моче неизбежно.

Ультразвуковое исследование при почечной колике может выявить конкремент в полостной системе почки, являющийся ее причиной, а также косвенные признаки острого нарушения оттока мочи из почки увеличение ее в размерах, дилатацию лоханки, чашечек и мочеточника.

При почечной колике необходима полноценная обзорная урография. Следует помнить о том, что прицельные рентгеновские снимки отдельных

фрагментов мочевого тракта могут привести к диагностическим ошибкам. Отсутствие тени конкремента в проекции органов мочевой системы не исключает почечной колики при кислой реакции мочи (рН 5 и ниже) и наличии солей мочевой кислоты (уратов), так как эти виды камней являются рентгенонегативными. В большинстве случаев нецелесообразно проводить экскреторную урографию при почечной колике, так как в результате болевого синдрома функция почки резко угнетена. В результате этого можно получить дезинформацию об отсутствии ее функции. Если же при почечном болевом синдроме имеются периоды, когда боль отсутствует или существенно стихает, то экскреторная урография может дать ценную диагностическую информацию.

В трудных случаях дифференциальной диагностики почечной колики и острого внутрибрюшного процесса (аппендицит, холецистит) большую помощь может оказать хромоцистоскопия (больному внутривенно вводят 0,4% раствор индигокармина и производят цистоскопию). При почечной колике появление «синьки» из устья мочеточника на стороне поражения существенно запаздывает или отсутствует в течение 8—10 мин. Если при одностороннем болевом синдроме, когда предполагается заинтересованность мочевой системы, «синька» выделяется из обоих устьев одновременно, то, как правило, эта клиническая картина обусловлена не урологическим заболеванием.

Из инструментальных методов при почечной колике может быть использована катетеризация мочеточника, имеющая как дифференциально-диагностическое, так и лечебное значение. Если удастся провести мочеточниковый катетер выше препятствия к оттоку мочи (за камень), то по нему начинает интенсивно выделяться моча и приступ почечной колики быстро купируется. В таких случаях перед удалением катетера по нему можно ввести 2—3 мл стерильного глицерина, который будет способствовать самостоятельному отхождению мелкого конкремента. Следует помнить, однако, что после удаления катетера болевой синдром может возникнуть вновь, если камень в мочеточнике остался.

Учитывая тот факт, что нефролитиаз, как причина почечной колики, одинаково часто встречается у взрослых и детей, клинический интерес для диагностики представляет симптом Лорин-Эпштейна. Когда маленький мальчик плачет от боли и у него невозможно собрать анамнез, легкое

натяжение семенного канатика на стороне предполагаемого поражения при почечной колике вызывает резкое усиление болей и соответствующую реакцию ребенка. Положительный симптом Лорин-Эпштейна, подтверждающий почечную колику, позволил с успехом использовать блокаду по М.Ю.Лорин-Эпштейну как для дифференциальной диагностики (например, с острым аппендицитом), так и с лечебной целью. Простота и эффективность этой блокады позволяют широко использовать ее в урологической практике. У мужчин 0,25—0,5% раствор новокаина (20—30 мл) вводят в толщу семенного канатика, а у женщин — в ткани, окружающие круглую связку матки (на 2—3 см выше лонного сочленения по средней линии).

Необходимо иметь в виду, что при колике, причина которой локализуется в почке, эффективность блокады по Лорин-Эпштейну ниже (20—25%), чем при колике, вызванной препятствием к оттоку мочи в мочеточнике (80—90%). В случаях, когда определение почечной колики не вызывает сомнений и встает необходимость ее купирования, следует начать с простого: грелки на поясничную область, горячей ванны или душа. В домашних условиях при почечной колике может существенно уменьшить болевой синдром прием цистенала, пинабина, уролисана (до 20—30 капель на кусочек сахара), артемизола, роватина, роватина, роватинекса, олиметина, анатина (в капсулах), а также таких спазмолитиков, как ношпа, никошпан, папаверин, баралгин, голитор, смазмолитин, огазмолгон и др. Хороший эффект наблюдается внутримышечных инъекциях баралгина, ношпы, а также лекарственных коктейлей (но-шпа 2.0мл+1% димедрол 2.0мл + 50% анальгин 2,0 мл; 2% папаверин 2,0 мл + 0,1% атропин 0,5 мл + 1% промедол 1,0 мл и др.).

Если указанные мероприятия не приносят результата, то больного следует госпитализировать. Госпитализация необходима и в том случае, если есть хотя бы малейшее сомнение в дифференциальной диагностике правосторонней почечной колики и острого аппендицита. В этой ситуации наркотические препараты (морфин, омнопон, промедол) использовать нельзя. Обязательна консультация хирурга. В условиях стационара под наблюдением специалистов может быть проведено тщательное обследование и правильное лечение, включая катетеризацию почки (проведение мочеточникового катетера за препятствие к оттоку мочи) и различные варианты новокаиновых блокад. Кроме блокады по Лорин-Эпштейну, при

почечной колике может быть использована глубокая внутритазовая блокада по Школьникову— Селиванову. Применять при почечной колике паранефральную новокаиновую блокаду нельзя.

Одним из грозных и неотложных состояний в практической медицине является анурия. Как подчеркивалось выше, при этом состоянии моча перестает поступать в мочевой пузырь и он пуст.

При секреторных формах анурии образование мочи в почках прекращается в результате их ишемии, когда приток крови к почкам резко уменьшается, например при коллапсе, шоке, сердечной недостаточности, тромбозе аорты или почечных сосудов, кровопотерях (преренальная анурия), или когда нарушение кровообращения в почках развивается вследствие нефротоксического и токсико-аллергического воздействия на их паренхиму, например при анаэробной инфекции (криминальный аборт), отравлениях солями тяжелых металлов, антибиотиками, сульфаниламидами, органическими ядами (ренальная анурия).

При экскреторной анурии, которую называют также постренальной, или обтурационной, секретирующаяся почкой моча не может попасть в мочевой пузырь в результате нарушения ее оттока. Чаще всего это наблюдается при двустороннем нефролитиазе, поэтому такую анурию называют еще калькулезной. Экскреторная анурия может развиваться при сдавлении мочеточников опухолью, иногда как следствие операций на органах малого таза при перевязке мочеточников (ятрогенная анурия).

Достаточно редко в клинической практике может встречаться аренальная анурия. Она бывает у новорожденных в результате аплазии почек и особого клинического значения не имеет, так как эта аномалия развития несовместима с жизнью. В хирургии аренальная анурия может быть следствием критической ситуации и диагностической ошибки, когда во время операции удаляется единственная почка.

Наряду с перечисленными видами анурии и далеко не всеми названными ее причинами в клинической практике может встречаться так называемая рефлекторная анурия. Она развивается в результате острого кратковременного рефлекторного спазма сосудов почки при раздражении различных отделов нервной системы. Например, при погружении человека в холодную воду, после цистоскопии, катетеризации или бужирования, при

окклюзии одной почки камнем, когда в результате рено-ренального рефлекса воздействию подвергается контралатеральная здоровая почка.

В связи с тем, что анурия является клиническим признаком ОПН, ее распознавание и принятие экстренных мер требуют срочной госпитализации больного. В результате выключения функции почек при секреторных формах анурии у пациентов с 3—4-го дня развиваются грубые нарушения гомеостатических реакций, проявляющиеся уремической интоксикацией. Такие больные попадают в специализированные отделения и центры, где организуется и проводится этиологическое и патогенетическое лечение с использованием экстракорпоральных методов детоксикации (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез и др.).

Борьба с секреторной анурией и ее последствиями — задача урологов. Следует заметить, что при этой форме анурии признаки уремической интоксикации у пациента появляются позже, чем при секреторной анурии. Этот факт козырная карта в руках специалиста, которой он обязан воспользоваться, чтобы не допустить развития ОПН.

При распознавании характера анурии важен сбор анамнеза. Как уже говорилось, необходимо путем катетеризации дифференцировать анурию от острой задержки мочи, при которой тоже может страдать функция почек и повышаться показатели креатинина и мочевины в сыворотке крови. При секреторных формах анурии удастся выявить наличие шокогенных факторов (переливание несовместимой крови, большая кровопотеря, анафилаксия, септические состояния, а также контакт с нефротоксическими веществами и ядами и др.).

У больных с секреторной (калькулезной) анурией в анамнезе часто имеет место самостоятельное отхождение мелких конкрементов, боли в поясничной области вплоть до приступов почечной колики или онкологический анамнез (оперативное лечение с последующей лучевой терапией и возможным сдавлением мочеточников опухолью или рубцовым перипроцессом).

Для подтверждения секреторного характера анурии важны рентгенологические и инструментальные методы исследования. При нормальных или незначительно повышенных показателях креатинина и мочевины необходима не только обзорная, но и выделительная урография. При высоких цифрах остаточного азота после обзорной урографии следует

произвести катетеризацию почек и, обнаружив препятствие к оттоку мочи, как можно быстрее оперировать больного. Исходя из этиологии экскреторной анурии, основной целью лечения при ней является восстановление пассажа мочи.

Частой причиной экстремальных ситуаций в урологической практике является гематурия-кровь в моче. Она может возникать при очень многих заболеваниях органов мочевой системы и порой быть угрозой для жизни человека. Это касается, прежде всего, профузной макрогематурии, возникающей как грозное проявление чрезвычайно серьезных состояний. Микрогематурия же, как правило, не относится к экстремальным ситуациям и сопровождает большинство урологических заболеваний.

Источником гематурии может быть любой отдел мочевой системы. Если кровь появляется лишь с первыми порциями мочи (инициальная гематурия), то это свидетельствует о поражении мочеиспускательного канала. Чаще всего начальная гематурия сочетается с уретроррагией (появлением крови из уретры вне акта мочеиспускания) и наблюдается при опухолях, повреждениях и воспалении (как специфическом, так и неспецифическом) мочеиспускательного канала. Обнаружение крови в последних порциях мочи (терминальная гематурия) может наблюдаться при шеечном цистите, уrolитиазе, когда камень находится в задней уретре или в шейке мочевого пузыря, при воспалении семенного бугорка (колликулите), остром простатите, опухоли, локализующейся в шейке, иногда — при раке предстательной железы и ее доброкачественной гиперплазии.

Содержание крови во всех порциях мочи носит название тотальной гематурии, которая может наблюдаться практически при всех патологических процессах в почках, мочевом пузыре и мочеточниках (мочекаменная болезнь, опухоли, травмы, некроз почечных сосочков, инфаркт почки, нефротуберкулез, шистозоматоз), а также при некоторых диффузных и системных заболеваниях (гломерулонефрит, болезни крови, коллагенозы и др.). Макрогематурию в ряде случаев может спровоцировать нерациональное использование лекарственных препаратов (сульфаниламидов, антикоагулянтов, витаминов С и К и др.).

Среди всех вариантов гематурии особое место занимает бессимптомная (безболевая) тотальная макрогематурия, которая часто сопровождает опухоли почек и мочевого пузыря. Следует подчеркнуть, что

при тотальной макрогематурии любой опытный врач, прежде всего, думает о возможности опухолевого поражения мочевого системы. По статистике в 50—70% случаев тотальная безболевая гематурия — первый и единственный признак опухоли. Она является абсолютным показанием для срочной цистоскопии, позволяющей выявить уровень поражения. При цистоскопии можно увидеть источник гематурии в мочевом пузыре (опухоль, язва, лопнувший венозный сосуд на поверхности аденоматозного узла) или при отсутствии болевого синдрома в поясничной области установить сторону поражения (появление крови из правого или левого устья мочеточника). Это позволит целенаправленно продолжить обследование или даже провести лечебные манипуляции (электрокоагуляция кровоточащей опухоли, язвы или сосуда).

Источник профузной макрогематурии можно предположительно установить по характеру отходящих с мочой сгустков. Если сгустки крови имеют червеобразную форму (слепки мочеточников), то это свидетельствует о кровотечении из верхних мочевых путей, если сгустки бесформенные (как кусочки печени) — кровотечение из мочевого пузыря.

Следует помнить о некоторых дифференциально-диагностических особенностях макрогематурии, развивающейся при нефролитиазе и опухолях почек. При поражении почки опухолью начавшаяся тотальная безболевая гематурия может продолжиться жестоким болевым синдромом почечной коликой. Ее причина блок почки сгустком крови. После отхождения сгустка боль исчезает. При мочекаменной болезни, сопровождающейся гематурией, обычно сначала появляется болевой синдром (почечная колика) в результате окклюзии лоханки или мочеточника камнем. И только потом, когда высокое внутрилоханочное давление сдвинет камень, а он, в свою очередь, повредит кровеносный сосуд, может появиться макрогематурия. Таким образом, при опухоли почки-сначала кровь, а затем боль, при нефролитиазе-сначала боль, затем кровь.

Достаточно часто гематурия может возникнуть в результате перепада давления мочи в лоханке (форникальное кровотечение) или в мочевом пузыре (из поверхностных варикозно-расширенных вен шейки мочевого пузыря при доброкачественной гиперплазии или раке предстательной железы). Это происходит, например, после почечной колики, когда камень отходит из мочеточника в мочевой пузырь и резко падает

внутрилоханочное давление, а также после ликвидации острой задержки мочи, когда опять же резко снижается внутрипузырное давление.

В течение многих лет в нефрологии существовал термин «эссенциальная гематурия», т.е. когда этиология кровотечения оставалась невыясненной. В настоящее время, когда все лечебно-профилактические учреждения располагают современной диагностической техникой и аппаратурой, позволяющей проводить точные и тонкие исследования, такого термина существовать не должно, а причина каждого вида гематурии должна обязательно устанавливаться.

Истинную гематурию, о которой мы сейчас говорили, следует отличать от ложной, когда моча тоже красного цвета, но прозрачна и в ней нет эритроцитов. Моча может приобрести красный цвет вследствие приема некоторых продуктов (свекла, пищевые краски), лекарственных препаратов (фенолфталеин — «пурген»), а также при гемоглобинурии (лизис эритроцитов, например при переливании несовместимой крови) и миоглобинурии (гибель мышечной ткани с освобождением миоглобина, например при синдроме длительного сдавления).

Нефрологу важно знать о возможности гематурии при системных заболеваниях почек. В частности, в практике врача может встретиться семейная гематурия, наблюдающаяся у 10% больных диффузным гломерулонефритом (описана в 1926 г. G.Ваehr). Гематурия в этом случае единственное клиническое проявление наследственного нефрита, передающегося по аутосомно-доминантному типу. Этот вид гематурии может быть у пациентов в течение многих лет жизни.

Любой вид гематурии врач должен воспринимать как чрезвычайный симптом серьезного заболевания и не имеет права оставлять невыясненной ее причину.

До установления причины и источника гематурии предпринимать лечение недопустимо. Неграмотное назначение гемостатической терапии может ликвидировать гематурию на длительный срок и, тем самым, будет упущено время, когда радикальное лечение окажется невозможным.