Урологический синдром

Обычно, когда к нам обращаются владельцы кота с жалобами:

мочится в неположенных местах, часто писает, громко мяукает при мочеиспускании, кровь в моче, запор, отравился, хочет познакомиться, осенняя хандра

мы подозреваем УСК (урологический синдром кошек), ЗНМВП (заболевание нижних мочевыводящих путей кошек), МКБ (мочекаменная болезнь кошек)- все это равнозначные диагнозы. И чаще всего случается именно идиопатический цистит(>60%).

Тем не менее есть диф.диагнозы, которые нужно исключить. Это:

Уролитиаз( ≈20%) , инфекции НМВП(бак.цистит≈5%), анатомические аномалии(единично), новообразования(единично).

Анамнез: условия содержания, кормление, условия отдыха, организация туалета, другие животные (выясняем возможные стресс-факторы)

Клинические признаки:внезапное начало, дизурия (периурия, поллакиурия, странгурия, периодическая макрогематурия), аппетит сохранен, рвоты нет, общие физ.показатели не изменены, девиации поведения

Диагноз **идиопатический** (интерстициальный) **цистит** Наибольшая вероятность!Стресс?Внезапность болезни. **НЕТ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ**.Кристаллы в осадке мочи +/-. **Нет осадка в мочевом пузыре**

Диагностика:мочевой пузырь болезненный, малого наполнения, стенки напряжены, болезненный. В ответ на пальпацию- болезненное мочеиспускание.малый объем мочи, мутноватая, желтого цвета, с примесью крови.

Рентген (исключить уролиты в тазовой части уретры) в боковом положении;

УЗИ(исключить камни в мочевом, осадок «снежная буря»)

Лаб.диагностика : осадок мочи(Кристаллоурия +/-; эритроциты-все поле зрения; лейкоциты единичные, бактерий нет); Б/х мочи- рН, удельная плотность, микрогематурия

См. пациенты с обструкцией уретры

Клинические признаки: Беспокойство животного,Бесконечные попытки мочеиспускания, Выделение капель окрашенной кровью мочи, Вылизывание гениталий, Угнетение, Рвота .**ЗАДЕРЖКА МОЧИ, БОЛЬ**

На приеме владелец Кота /кошки с жалобами на: мочится в неположенных местах, часто писает, громко мяукает при мочеиспускании, кровь в моче, запор, отравился, хочет познакомиться, осенняя хандра

Лечение- борьба с болью. Доступные нам седативные средства: ацепромазин 0,05 мг/кг (4-5 капель на кота внутрь), празозин 0,05 мг/кг

Диетотерапия(возможногсть выбора корма, стимуляция потребления воды, влажный корм, проточная вода для питья)

Улучшить среду обитания(очистка нечистоплотных областей, игры, уход за лотком, доп.пространство, отдых, укромное место для лотков, количество лотков 2 на кошку, убрать источник стресса)

Серения-курс 5 дней (стандартная дозировка)-нет данных как именно, но известно, что помогает.

Антибиотики-не нужны. Цистит стерилен. Исключение, когда применение антибиотиков оправдано-кошки старше 10лет, кошки после катетеризации, кошки с диабетом, кошки с уретростомией. Если подшивается катетер, антибиотики назначаются в день снятия катетера-не раньше! (во избежание выращивания устойчивых штаммов бактерий)

Самовыздоровление (даже если вовсе не лечить) через 5-10 суток

В случае упорных рецидивов, если не справляемся обычным лечением, можно назначить трициклические антидепрессанты (амитриптилин 2,5-12 ,5мг 1 р в день 1,5-2 мес). Побочное действие- неопрятный вид, перхоть, толстеют.

Пациенты с обструкцией уретры

Пациенты с задержкой мочи

На приеме владелец Кота /кошки с жалобами на: мочится в неположенных местах, часто писает, громко мяукает при мочеиспускании, кровь в моче, запор, отравился, хочет познакомиться, осенняя хандра

Клинические признаки: Беспокойство животного,Бесконечные попытки мочеиспускания, Выделение капель окрашенной кровью мочи, Вылизывание гениталий, аллопеция препуция от вылизывания, пенис воспален, видна муко-кристаллическая пробка Угнетение, Рвота .**ЗАДЕРЖКА МОЧИ, БОЛЬ.**

Мочевой пузырь наполнен умеренным количеством мочи, плотный, даже твердый, очень болезненный ИЛИ малого наполнения, болезненный ИЛИ наполнен значительным количеством мочи, перерастянут, малоболезненный

состояние, сопровождающееся острым воспалением нижних мочевыводящих путей и грубыми нарушениями метаболизма. Без лечения гибель в течение 48-72 часа

Стабильные пациенты без видимых системных расстройств и без нарушения сердечного ритма. Клиника- ЗАДЕРЖКА МОЧИ, БОЛЬ

Критические пациенты: очевидные системные расстройства: угнетение до коллапса, рвота, нарушение сердечного ритма (особенно опасна брадикардия), нарушение периферического кровообращения, неврологические расстройства, снижение тургора кожи

Клиническое обследование, рентгенография (исключить камни в тазовой части уретры),УЗИ (в т.ч. видно расширение уретры от шейки мочевого пузыря до места закупорки, осадок в моч.пузыре), ОАК, б/х крови

Ведение нестабильных и критических пациентов- ЗАБУДЕМ О КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ!!!

Мочеиспускание не эффективно, рецидив обструкции, непоправимые травмы уретры и пениса-хирургич:промежностная уретростомия, трансабдоминальная уретростомия, цистотомия (при уролитах в мочевом пузыре)

Удалять катетер только утром,чтобы наблюдать диурез 12-24 часа. При недостаточном диурезе заменить катетер на более мягкий (чтобы не было пролежней уретры). Антибиотик только после окончательного снятия катетера

ВЕДЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

ЭКГ, в/в катетер, электролиты и б/х крови(гиперкалиемия >7-7,5 ммоль/л)

в/в 0,9% NaCl, рингера, 2,5-5% глюкоза+инсулин(актрапид) 1МЕ на 2г глюкозы, 10% кальция глюконат 0,5-1 мл/кг медленно,+ кислород, бикарбонат натрия 2-6 ммоль/кг медленно в/в(4-12мл 4,2%р-ра бикарбоната натрия ), декомпрессия мочевого пузыря центезом, седация- пропофол+золетил. Катетеризация с подшиванием катетера, фуросемид 1-4 мг/кг, продолжать инфузию кристаллоидов, коллоидов, гемотрансфузию .КОНТРОЛЬ ПОСТОБСТРУКЦИОННОГО ДИУРЕЗА- должен быть 90-120 мл/кг в час!!! Объем инфузии снижать постепенно, замещать потери калия!!

Не свободное мочеиспускание(отек, травма уретры, атония моч.пузыря, рецедив обструкции). Установка постоянного катетера на 1-2 суток.

Свободное мочеиспускание:контроль общего состояния, контроль состояния моч.пузыря. кортикостероиды, феноксибензамин 2,5-5мг внутрь 1раз в день, диазепам 2,5 мг внутрь 2 раза в сутки

Когда цель достигнута, катетер прошел, мочевой пузырь многократно промыть теплым физ.р-ром. после устранения обструкции возможно два варианта

Разрешение обструкции под общей анестезией (пропофол 1-4 мг/кг до эффекта+ эпидуральная анестезия. Или ацепромазин 0,03-0,05 мг/кг в/м, или золетил1-5 мг/кг. Рометар, ксилу НЕ ПРИМЕНЯТЬ КОШКАМ). Местные анестетики-катеджель (смазать катетер).Пробку помаленьку размывать и удалять.

NB! При выполнении цистоцентеза и вообще при работе с полным мочевым пузырем, будьте готовы, что он может лопнуть в любой момент. Если такое случится,- лапоротомия и ушиваем мочевой пузырь.