

ასოს მოტეხილობა

ანამნეზი (ტკივილი, სასქესო ასოს ტრავმა სქესობრივი აქტის ან მასტურბაციის დროს, დამახასიათებელი „ტკაცუნის“ ხმა, სწრაფი დეტუმესცენცია) და ფიზიკალური გამოკვლევა (ე.წ. „ბადრიჯნისმაგვარი ასო“: შეშუპება, დეფორმაცია/ანგულაცია, კანცეფა ჰემატომა; დეფექტის პალპაცია)

დიაგნოზი ეჭვს არ იწვევს

მაკროჰემატურია ან
ურეთრორაგია,
შარდის მწ. შეკავება,
ან სისხლი მიატუსის
ირგვლივ

ინტრაპერაციული
ურეთროსკოპია; ან
რეტროგრადული
ურეთროგრაფია

სასწრაფო ოპერაცია: ურეთრის კათეტერიზაცია, ცირკუმციზიო, ასოს
სრული გაშიშვლება (degloving), კოლტების ევაკუაცია, თეთრი გარსის
დეფექტის აღდგენა, ურეთრის მოთიანობის აღდგენა (ჩვენების
მიხედვით)

დიაგნოზი საეჭვოა

სასქესო ასოს მრტ ან სონოგრაფია

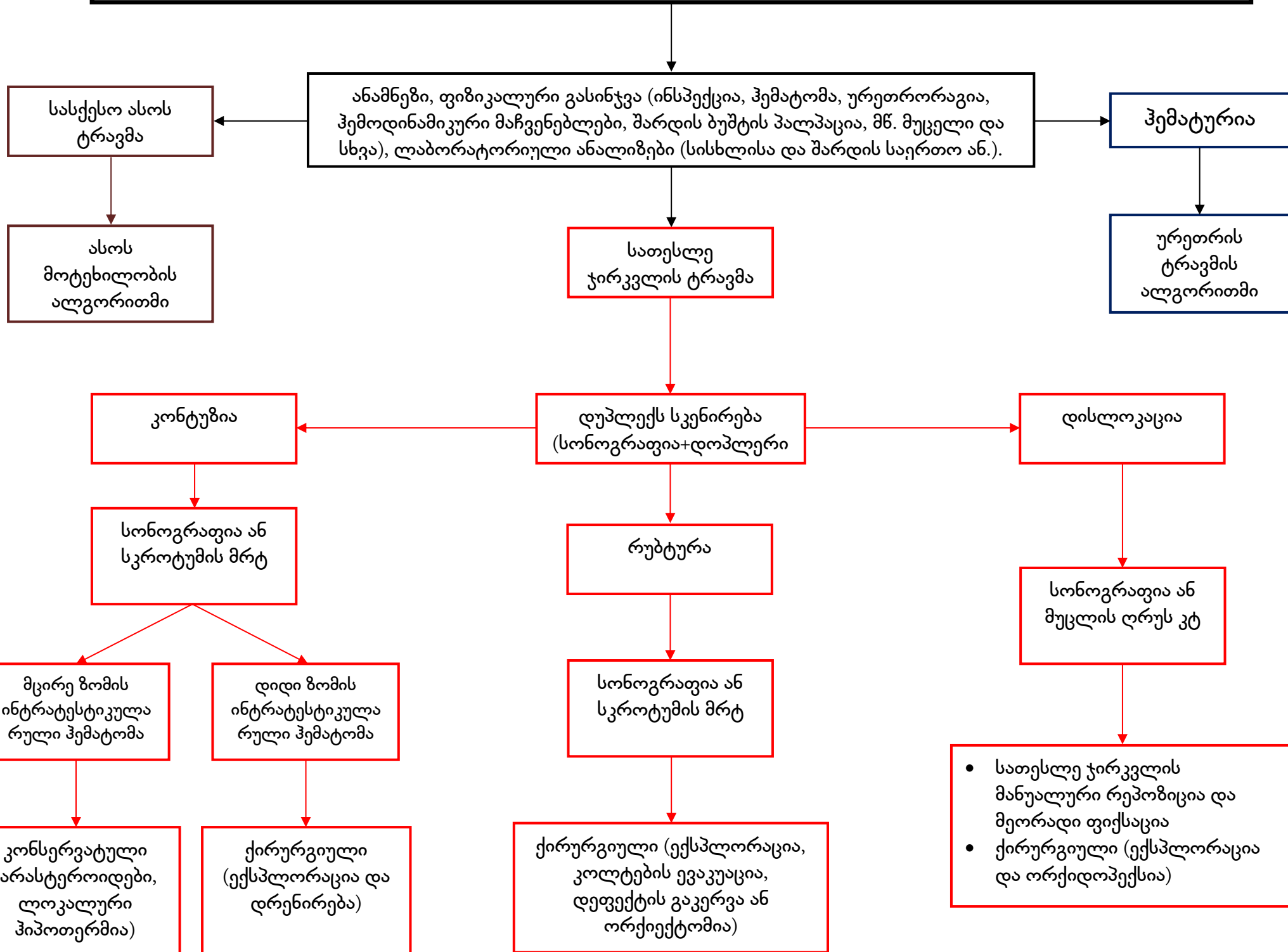
დიაგნოზი
დადასტურდა

დიაგნოზი
კვლავ საეჭვოა

დიაგნოზი არ დადასტურდა
(დეფექტი ვერ ინახა); მსუბუქი
ტკივილი; შენარჩუნებული
ერექციული ფუნქცია;
ხანგრძლივი ანამნეზი

მეთვალყურეობადა
კონსერვატული
თერაპია
(არასტეროიდები,
ლოკალური
ჰიპოთერმია და სხვა)

გენიტალიების ყრუ ტრავმა



გენიტალიების პენეტრაციული ტრავმა

ანამნეზი, ფიზიკალური გასინჯვა (ინსპექცია, პემატომა, ურეთრორაგია, ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები, შარდის ბუშტის პალპაცია, მწ. მუცელი და სხვა), ლაბორატორიული ანალიზები (სისხლისა და შარდის საერთო ან.), ვაქცინაცია (ტეტანუსი, ცოფი და სხვა) ჩვენების მიხედვით

სტაბილური
ჰემოდინამიკა

არასტაბილური
ჰემოდინამიკა

მუცლის ღრუს კტ

რეტროგრადული
ურეთროგრაფია

სასწრაფო ოპერაცია
(ექსპლორაცია, კოლტების
ევაკუაცია,
რეკონსტრუქცია)

თანმხლები
დაზიანებები არ
არის

თანმხლები
დაზიანებები

ექსტრავაზაცია
არ არის

კონტრასტის
ექსტრავაზაცია

ჭრილობის
დამუშავება,
კოლტების
ევაკუაცია,
დეფექტების
გაკერვა

ეპიცისტოსტომია,
კოლტების
ევაკუაცია,
რეკონსტრუქცია

ურეთრის
კათეტერიზაცია

ურეთრის ტრავმის
ალგორითმი

ეჭვი თირკმლის ტრავმაზე
(პოლიტრავმა, ავტოავარია, სიმაღლიდან ჩამოვარდნა, დაცემა, სპორტული ტრავმა, პენეტრაციული ჭრილობა და სხვა)

ანამნეზი (ტრავმის დრო და ხასიათი, თანმხლები თირკმლის დაავადებები ან ანომალიები და სხვა), ფიზიკალური გასინჯვა (ინსპექცია, შემაჯავალი და გამომაჯავალი ჭრილობების არსებობა და ლოკალიზაცია, ჰემატომა, ჰემატურია, ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები, მწ. მუცელი და სხვა), ლაბორატორიული ანალიზები (სისხლისა და შარდის საერთო ან., ჰემატოკრიტი, კრეატინინი), სონოგრაფია (მუცლის, მენჯის ღრუსა და თირკმლების)

არასტაბილური
ჰემოდინამიკა

სასწრაფო ლაპაროტომია, მაკრო ან
მიკროჰემატურიის შემთხვევაში ინტრავენური
უროგრაფია საოპერაციო მაგიდაზე, მე-10 წთ-ზე
გადაღებული 1 სურათით

თირკმლისა და შარდსანვითის დაზიანების ნიშნები
არის? ინტრაოპერაციულად დიდი ზომის, ან
„მოპულსირე“ რეტროპერიტონეალური ჰემატომა

კი

არა

განიხილეთ ჰემატურიის სხვა
წყარო (შარდის ბუშტი, ურეთრა)

რეტროპერიტონეუმის სრული რევიზია,
დაზიანების აღმოჩენა, თირკმლის
რეკონსტრუქცია, + სტენტირება ან
ნეფროსტომია; ნეფრექტომია

სტაბილური ჰემოდინამიკა
(მაკრო ან მიკროჰემატურია)

მუცლისა და მენჯის ღრუს კტ კონტრასტირებით, მოგვიანებითი(≥ 10წთ.) სურათებით და დაზიანების
ხარისხის დადგენა (ალტერნატივა: სონოგრაფია, უროგრაფია, მრტ)

4-5 ხარისხი

სისხლძარღვოვან
ი

ლაპაროტომია,
რეტროპერიტონეუმის
რევიზია,
ნეფრექტომია

პარენქიმული

3 ხარისხი

დაკვირვება,
წოლითი რეჟიმი,
ჰემატოკრიტის
კონტროლი,
ანტიბიოტიკი

კტ კონტროლი
48 სთ-ში

მზარდი ჰემატომა ან ინტენსიური
მაკროჰემატურია, ურინომა, და
სხვა

ანგიოგრაფია და სელექტიური
ემბოლიზაცია, სტენტირება,
ურინომის პერკუტანული
დრენირება და სხვა

1-2 ხარისხი

დაკვირვება

თანმხლები დაზიანებების არსებობა,
რომლებიც მოითხოვს ლაპაროტომიას

მაკროსკოპული ჰემატურია

დეტალური ანამნეზი (ანტიკოაგულანტებისა და ანტიანაგრეგანტების მიღება, თანმხლები პათოლოგიები (ჰემოფილია, ლეიკემია და სხვა)), ფიზიკალური გასინჯვა (არტ, წნევა, პულსი და სხვა)

არა

ტრავმის
ანამნეზი?

კი

მუცლისა და მენჯის
ლრუს კტ
კონტრასტირებით

შარდ-სასქესო
ორგანოების
ტრავმული
დაზიანება

შესაბამისი
ალგორითმი

საშარდე სისტემის ექოსკოპია, შარდის საერთო ან, ჰემოგრამა, ჰემატოკრიტი, კრეატინინი სისხლში, კოაგულოგრამა, შარდში ერითროციტების მორფოლოგია

სისხლდენის მიზეზი ინახა

სისხლდენის მიზეზი ვერ ინახა

პროსტატა და შ/ბ
(სიმსივნე, ადენომა და სხვა)

თირკმლის სიმსივნე

თირკმლისა და
შარდსანვეთის
კენჭი?

პროტეინურია,
დისმორფული
ერითროციტურია,
აკანტოციტები

ცვლილებები
კოაგულოგრამაში
(PT, PTT,
ფიბრინოგენი,
თრომბოციტები)

არაინტენსიური სისხლდენა:
კოლტების გარეშე,
სტაბილური ჰემოდინამიკა და
ჰემატოკრიტი

ინტენსიური სისხლდენა

არაინტენსიური:
კოლტების გარეშე,
სტაბილური ჰემოდინამიკა
და ჰემატოკრიტი

ინტენსიური

შესაბამისი
ალგორითმი/პრ
ოტოკოლი

„გლომერული
ჰემატურია“

ჰემატოლოგის
კონ-ცია

ივ ჰიდრატაცია, დიურეზის
სტიმულირება, 5α
რედუქტაზას ინჰიბიტორები

კოლტების ევაკუაცია
შ/ბ-ის ირიგაცია (მათ შორის
ამინოკაპრონის მუაფა)

ივ ჰიდრატაცია, ივ
ამინოკაპრონის მუაფა,
კრიოპლაზმა, დიურეზის
სტიმულირება

კოლტების ევაკუაცია,
შ/ბ-ის ირიგაცია, ივ ჰიდრატაცია,
ივ ამინოკაპრონის მუაფა,
კრიოპლაზმა, ჰემოტრანსფუზია

ნეფროლოგის კონ-ცია

რეზოლუცია

რეფრაქტერული ჰემატურია
ჰემოდინამიკისა და
ჰემატოკრიტის
დარღვევით და/ან შ/ბ-ის
ტამპონადა

რეზოლუცია

რეფრაქტერული ჰემატურია
ჰემოდინამიკისა და
ჰემატოკრიტის დარღვევით

არტერიო-ვენური
ფისტულა?
ფსევდოანევრიზმა?

გადატანილი
თირკმლის
ბიოფსია, ტრავმა,
ოპერაცია;
აუსკულტაციური
შუილი თირკმლის
საპროექციო არეში

გეგმიური მკურნალობა

ოპერაცია:
ენდოსკოპიური ან
ექსპლორაცია

გეგმიური მკურნალობა

აქტიური ჩარევა:
ემბოლიზაცია ან
ექსპლორაცია

ინტერვენციული
რადიოლოგიის, ან
ანგიოლოგიის კონ-ცია

მწვავე სკროტუმი
(მწვავე დაწყება, ტკივილი, შეშუპება, ჰიპერემია)

შემოგრების დიაგნოზი ეჭვს არ იწვევს, დაავადების დაწყებიდან გასულია < 12 სთ.

სასწრაფო ოპერაცია:
სკროტუმის ექსპლორაცია

ანამნეზი (ასაკი(<1 წ. ან 12-16 წ.), მწვავე დაწყება, გულისრევა/პირღებინება, ტრავმა, ჰიპერთერმია, საზარდულის თიაქარი, გადატანილი ოპერაციები სკროტუმზე და სხვა); ფიზიკალური გასინჯვა (ჭირკვლებისა და დანამატების ზომები, სათესლე ჭირვლის მაღალი და ჰორიზონტალური დგომა, კრემასტერის რეფლექსის არარსებობა, ე.წ. „შავი წერტილის ნიშანი“(ჰიდატიდის შემოგრებისას), და სხვა); შარდის საერთო ან.

შემოგრების დიაგნოზი
საეჭვოა, ან დაავადების
დაწყებიდან გასულია > 12 სთ.

სკროტუმის დუპლექს სკენირება და ინტრატესტიკულარული სისხლის მიმოქცევის (არტერიული და ვენური) შეფასება

არტერიული სისხლის მიმოქცევა
ალინიშნება, ვენური სისხლის
მიმოქცევა არ ალინიშნება; RI>0.7

ნაწილობრივი შემოგრება

არტერიული და ვენური
სისხლის მიმოქცევა არ
ალინიშნება

ოპერაცია:სკროტუმის ექსპლორაცია

სათესლე ჭირკვლის
შემოგრება

ჰიდატიდის
შემოგრება

- შემოგრების გასწორება, ჭირკვლის გახვევა თბილ საფენებში
- კონტრალატერალური ჭირკვლის ფიქსაცია tunica dartos-ზე (2-3 კვანძოვანი, გაუნოვადი ნაკერით)

ჭირკვალის
სიცოცხლისუნარიანობა

ჭირკვლის ფიქსაცია tunica
dartos-ზე (2-3 კვანძოვანი,
გაუნოვადი ნაკერით)

ჭირკვალის
არასიცოცხლისუნარიანობა

ორქიექტომია

ჭირკვლის
სიცოცხლისუნარიანობა
საეჭვოა

1)ინტრაოპერაციული დოპლეროგრაფია;
2) tunica albuginea-ს გაკვეთა, სისხლდენა
მიუთითებს სიცოცხლისუნარიანობაზე.

არტერიული სისხლის
მიმოქცევა გაძლიერებულია

ჰიპერთერმია,
ლეიკოციტურია,
ბაქტერიურია

ორქიტი, ორქოეპიდდიმიტი

კონსერვატული,
მედიკამენტური თერაპია

ალტერნატიული
დიაგნოზი

- თიაქარი
- ჰიდროცელე
- ვარიკეცელე
- სპერმატოცელე
- ტრავმა
- სისტემური
ვასკულიტი
- და სხვა

შესაბამისი
ალგორითმი/პროტოკ
ოლი

პარაფიმოზი

ანამნეზი (პირველადი თუ მორეციდივე), ინსპექცია (ანთება, ნეკროზი, უცხო სხეულები და სხვა)

მწვავე ან ქრ. მორეციდივე
ბალანიტი, ან
ბალანოპოსტიტი; ასოს
თავისა და ჩუჩის წყლული,
ნეკროზი, ან განგრენა

არა

ანალგეზია:

- ტოპიკური (მაგ. 5% ემლა)
- რეგიონული (ასოს დორზალური ნერვის ბლოკადა 10 და 2 სთ-ზე, 1%-იანი, 5 მლ. ლიდოკაინით)*
- პარენტერალური (დიკლოფენაკი, კეტოროლაკი, ჰიდრომორფინი ან ტრამადოლი)

კი

ცირკუმციზიო და შემდგომი
მეთვალყურეობა/მკურნალო
ბა

ასოს ჰიპოთერმია ყინულებიანი ცივი წყლით (5-10 წთ), შეშუპების შემცირებისა და ანალგეზიის მიზნით

პარაფიმოზის ჩასწორება:

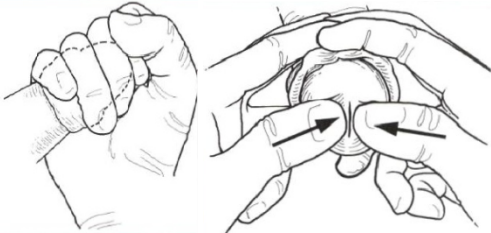
- მანუალური მეთოდით†
- ინსტრუმენტული მეთოდით (მაგ. babcock-ის დამჭერებით)‡
- ე.წ. დაჩხვლეტის მეთოდით (18G ნემსით შეშუპებული ჩუჩის დაჩხვლეტა და სითხის გამოდევნა)°

პარაფიმოზის დორზალური
ჩაკვეთა ან ცირკუმციზიო

*

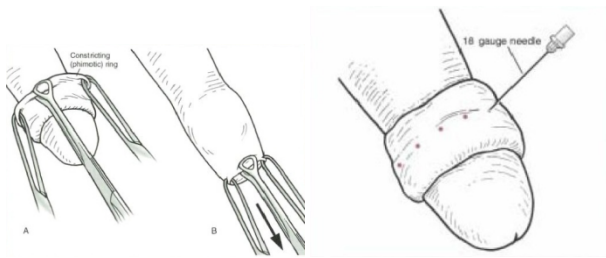


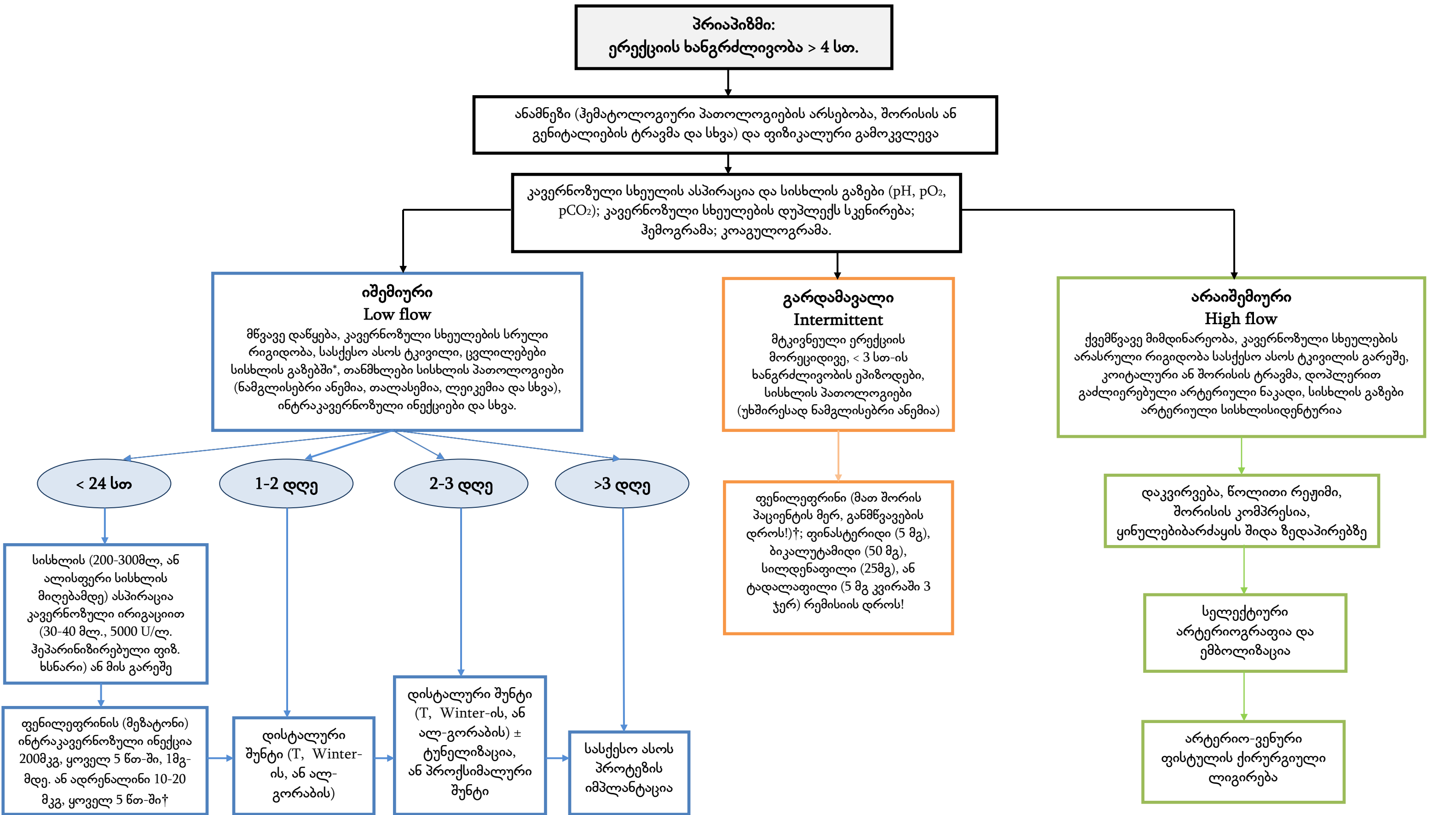
†



‡

°





*

	PO2 (mm Hg)	PCO2 (mm Hg)	pH
იშემიური პრიაპიზმი	<30	>60	<7.25
ნორმ. არტერიული სისხლი	>90	<40	7.40
ნორმ. ვენური სისხლი	40	50	7.35

†

მედიკამენტი	ერთჯერადი დოზა	მომზადების წესი	გამოყენების წესი
ფენილევფრინი (მეზატონი)	200-400მკგ	0.1მლ, 1% მეზატონი + 4.9 მლ 0.9% NaCl.	1.0 -2.0 მლ. ყოველ 3-5 წთ-ში, 1 მგ. ჯამურ დოზამდე
ეპინეფრინი (ადრენალინი)	10-20 მკგ	0.1მლ, 0.1% ადრენალინი + 9.9 მლ 0.9% NaCl.	1.0 -2.0 მლ, ყოველ 5 წთ-ში

პროსტატის აბსცესი

ანამნეზი (შაქრიანი დიაბეტი, ინფრავეზიკალური ობსტრუქცია, ქრონიკული ან მწვავე პროსტატიტი, ურეთრის ხანგრძლივი კათეტერიზაცია, იმუნოსუპრესია, თქუ და სხვა), ფიზიკალური გასინჯვა (ჰიპერთერმია, არტ. წნევა, პულსი, დრგ და სხვა)

ლაბორატორიული (ჰემოგრამა, შარდის საერთო და ბაქტერიოლოგიური ან., კოაგულოგრამა) და რადიოლოგიური (აბდომინალური და რექტალური სონოგრაფია, ან მენჯის ღრუს კტ, ან მენჯის ღრუს მრტ) კვლევები

მცირე ზომის (< 2 სმ.) ან მრავლობითი მცირე ზომის აბსცესი, მინიმალური კლინიკური სიმპტომები, ლეიკოციტოზის გარეშე

ანტიბიოტიკოთერაპია (II ან III თაობის ცეფალოსპორინები, ტრიმეტოპრიმ სულფამეტოქსაზოლი, ფტორქინოლონები, ან ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით) 2 კვირა

გაუმჯობესება

ანტიბიოტიკოთერაპია (ფტორქინოლონები) 2 კვირა

გაუმჯობესების გარეშე

> 2 სმ. ზომის აბსცესი, მკვეთრად გამოხატული კლინიკური სიმპტომები (ქსტს), შარდის მწ. შეკავება, უროსეფსისი, ლეიკოციტოზი

ტროაკალური ეპიცისტოსტომია +

აბსცესი მდებარეობს პერიფერიულ წილებში, რექტუმის წინა კედელთან ახლოს

აბსცესის ტრანსრექტალური დრენირება

აბსცესი მდებარეობს გარდამვალ წილში, ურეთრასთან, ან შარდის ბუშტთან ახლოს

აბსცესის ტრანსურეთრული დრენირება

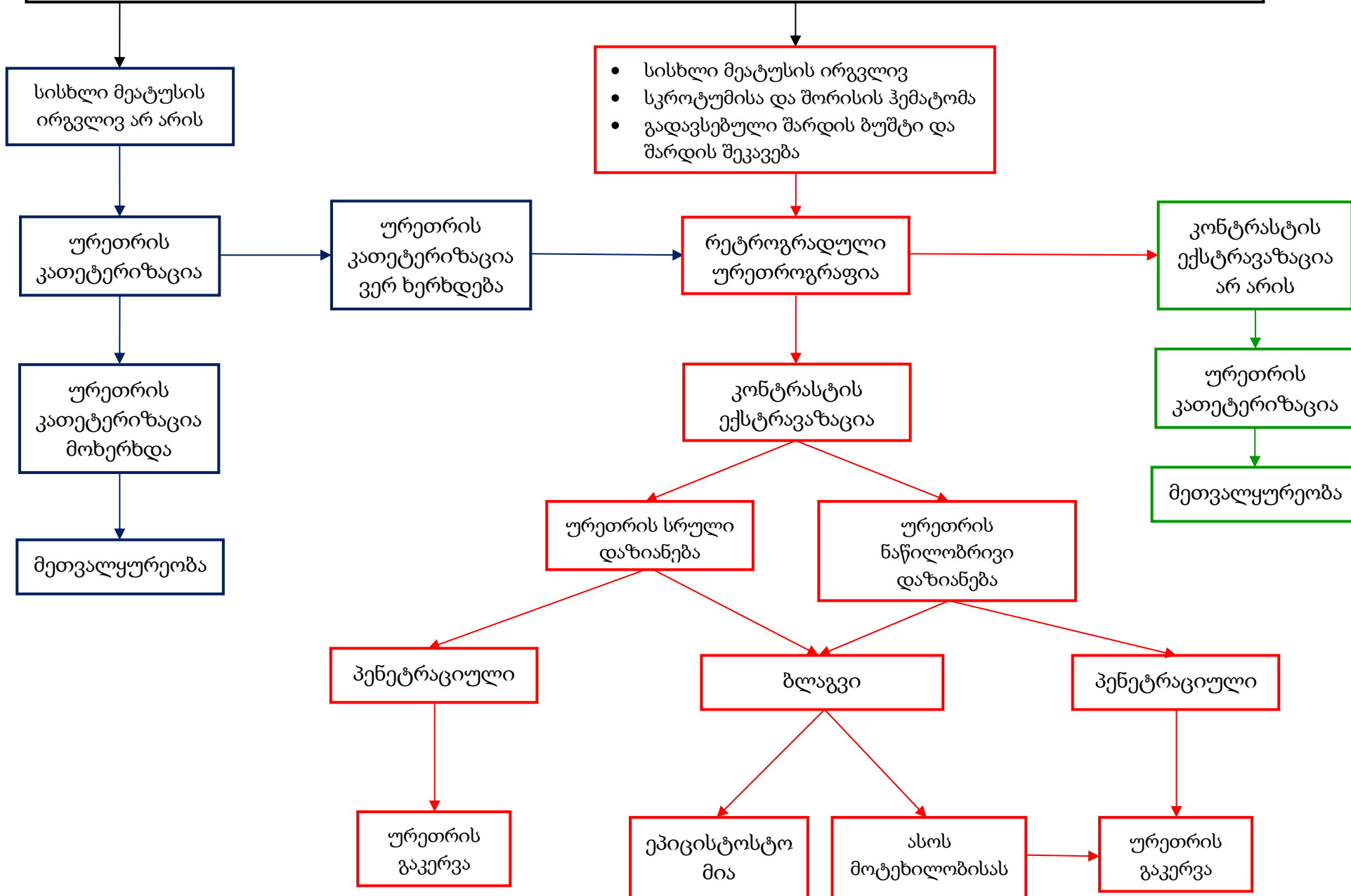
აბსცესი გასულია პარაპროსტატულად, მენჯის ღრუს აბსცესი

აბსცესის პერინეული დრენირება

წინა ურეთრის ტრავმა

(ავტოავარია, შორისით დაცემა, პენეტრაციული ჭრილობა, იატროგენული დაზიანება და სხვა)

ანამნეზი, ფიზიკალური გასინჯვა (ინსპექცია, ჰემატომა, ურეთრორაგია, ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები, დრგ, შარდის ბუშტის პალპაცია, მწ. მუცელი და სხვა), ლაბორატორიული ანალიზები (სისხლისა და შარდის საერთო ან.), მენჯის ძვლების რო-გრაფია, სონოგრაფია (მუცლის, მენჯის ღრუსა და საშარდე სისტემის)



უკანა ურეთრის ტრავმა
(ავტოავარია, მენჯის ძვლების მოტეხილობა, პენეტრაციული ჭრილობა, იატროგენული დაზიანება და სხვა)

ანამნეზი, ფიზიკალური გასინჯვა (ინსპექცია, პედატომა, ურეთრორაგია, ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები, დრგ, შარდის ბუშტის პალპაცია, მწ. მუცელი და სხვა), ლაბორატორიული ანალიზები (სისხლისა და შარდის საერთო ან.), მენჯის ძვლების რო-გრაფია, სონოგრაფია (მუცლის, მენჯის ღრუსა და საშარდე სისტემის)

რეტროგრადული
ურეთროგრაფია

კონტრასტის
ექსტრავაზაცია

ურეთრის სრული
დაზიანება

ურეთრის
ნაწილობრივი
დაზიანება

ბლაგვი

პენეტრაციული

ბლაგვი

- ბუშტის ყელის დაზიანება
- რექტუმის დაზიანება
- მენჯის დიდი ჰემატომა და ე.წ. „მაღლა მდგარი“ შარდის ბუშტი

- ურეთრის გაკერვა
- ეპიცისტოსტომია (არასტაბილური ჰემოდინამიკა, მძიმე თანმხლები დაზიანებები)

- ეპიცისტოსტომია (არასტაბილური ჰემოდინამიკა, მძიმე თანმხლები დაზიანებები)

არა

კი

- ეპიცისტოსტომია ± ენდოსკოპიური კათეტერიზაცია (ფიბრო ურეთროსკოპია + ეპიცისტოსკოპია, ფლუოროსკოპია)

- ეპიცისტოსტომია + ენდოსკოპიური (ფიბრო) კათეტერიზაცია.
- რექტუმისა და ბუშტის დაზიანებისას - ექსპლორაცია, კოლტების ევაკუაცია, ჭრილობის სანაცია, ეპიცისტოსტომია

იატროგენული ურეთრის ტრავმა
(არასწორი კათეტერიზაციის განპირობებული)

რეტროგრადული
ურეთროგრაფია

ცრუ ხვრელი

ენდოსკოპიური
კათეტერიზაცია

ურეთრის
სტრიქტურა არ
არის

მეთვალყურეობა

ურეთრის
სტრიქტურა

ურეთრის არსებული
სტრიქტურა

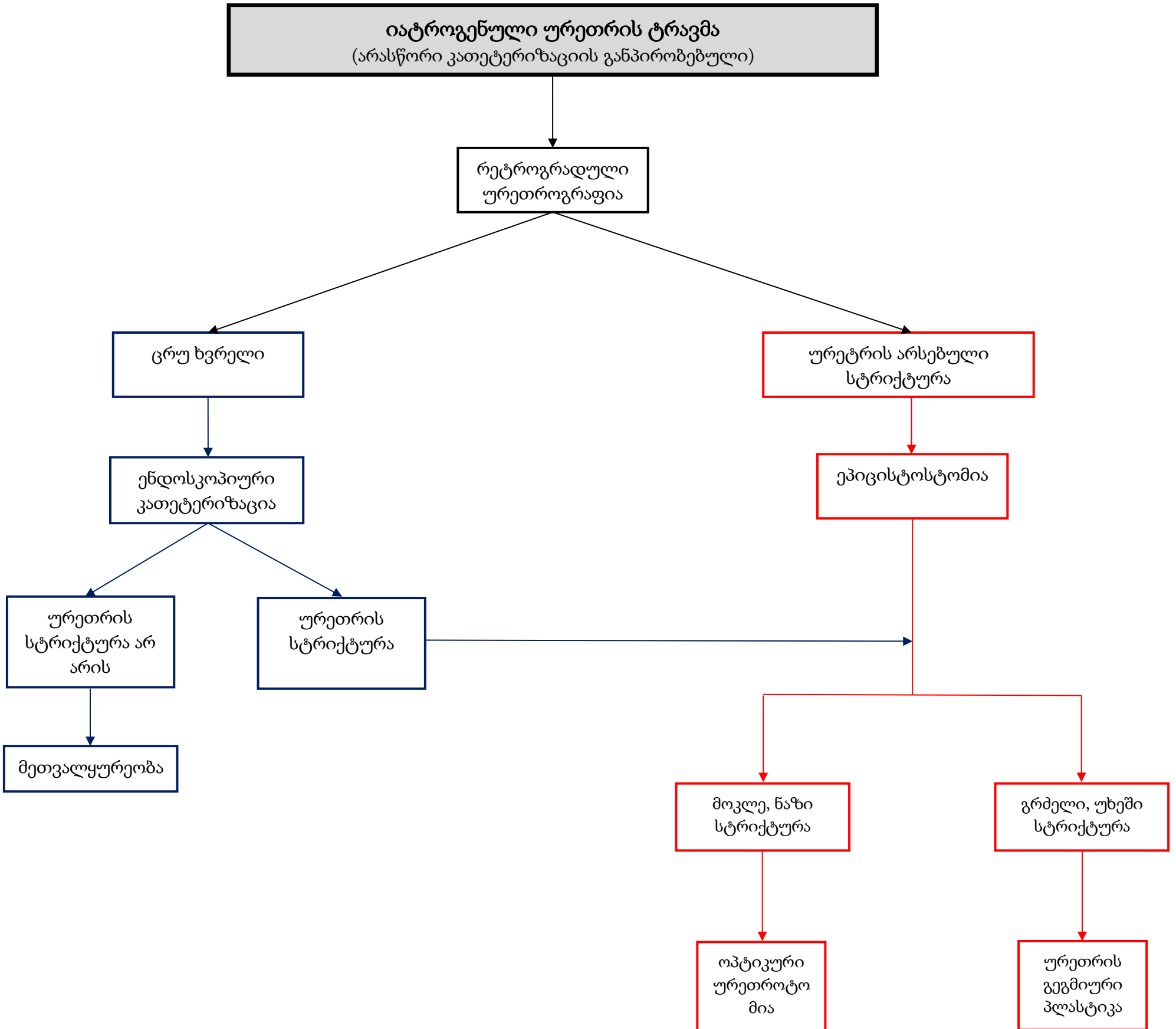
ეპიცისტოსტომია

მოკლე, ნაზი
სტრიქტურა

ოპტიკური
ურეთროტო
მია

გრძელი, უხეში
სტრიქტურა

ურეთრის
გეგმიური
პლასტიკა



ფურნიეს განგრენა
(შორისისა და გენიტალიები ნეკროზული ფასციიტი)

ანამნეზი და დაავადების რისკ-ფაქტორების გამოვლენა (მამრობითი სქესი, ასაკი 50-70 წ., დიაბეტი, ალკოჰოლიზმი, სიმსუქნე, შიდსი და იმუნოსუპრესია, ურეთრის სტრიქტურა, ქრ. საშარდე გზების ინფექცია, პროსტატის ბიოფსია, შარდოვანი ფისტულა, დამწვრობა, ნაკბენი ჭრილობა, პირსინგი და სხვა)

სიმპტომები:

- პროცესის სწრაფი პროგრესირება (2-3 სმ/სთ-ში)
- ტკივილი სკროტუმისა და შორისის მიდამოში
- ჰიპერთერმია
- ტაქიკარდია
- ტაქიპნოე
- სესიის სხვა სიმპტომები (ჰიპოთერმია, გონების დაბინდვა, ორგანოთა დისფუნქცია და სხვა)

ფიზიკალური გამოკვლევა

- სკროტუმისა და შორისის ქსოვილების ლოკალური შეშუპება და ჰიპერემია
- ნეკროზული უბნების არსებობა
- მკვეთრი, არასასიამოვნო სუნი
- რბილი ქსოვილების პალპატორული კრეპიტაცია
- ჩირქოვანი გამონადენის არსებობა და სხვა

რადიოლოგიური გამოკვლევა

- კტ ყველაზე ინფორმატიულია (კანქვეშა ემფიზემის გამოვლენა დაავადების ადრეულ სტადიებზე და მისი გავრცელების ხარისხის დადგენა)
- სონოგრაფია (ინტაქტური სათესლე ჯირკვლები და დანამატები, კანქვეშა ემფიზემის არსებობა)
- მიმოხილვითი რო-გრაფია (კანქვეშა ემფიზემის არსებობა)

ფურნიეს განგრენის
დიაგნოზი დადასტურდა?

კი

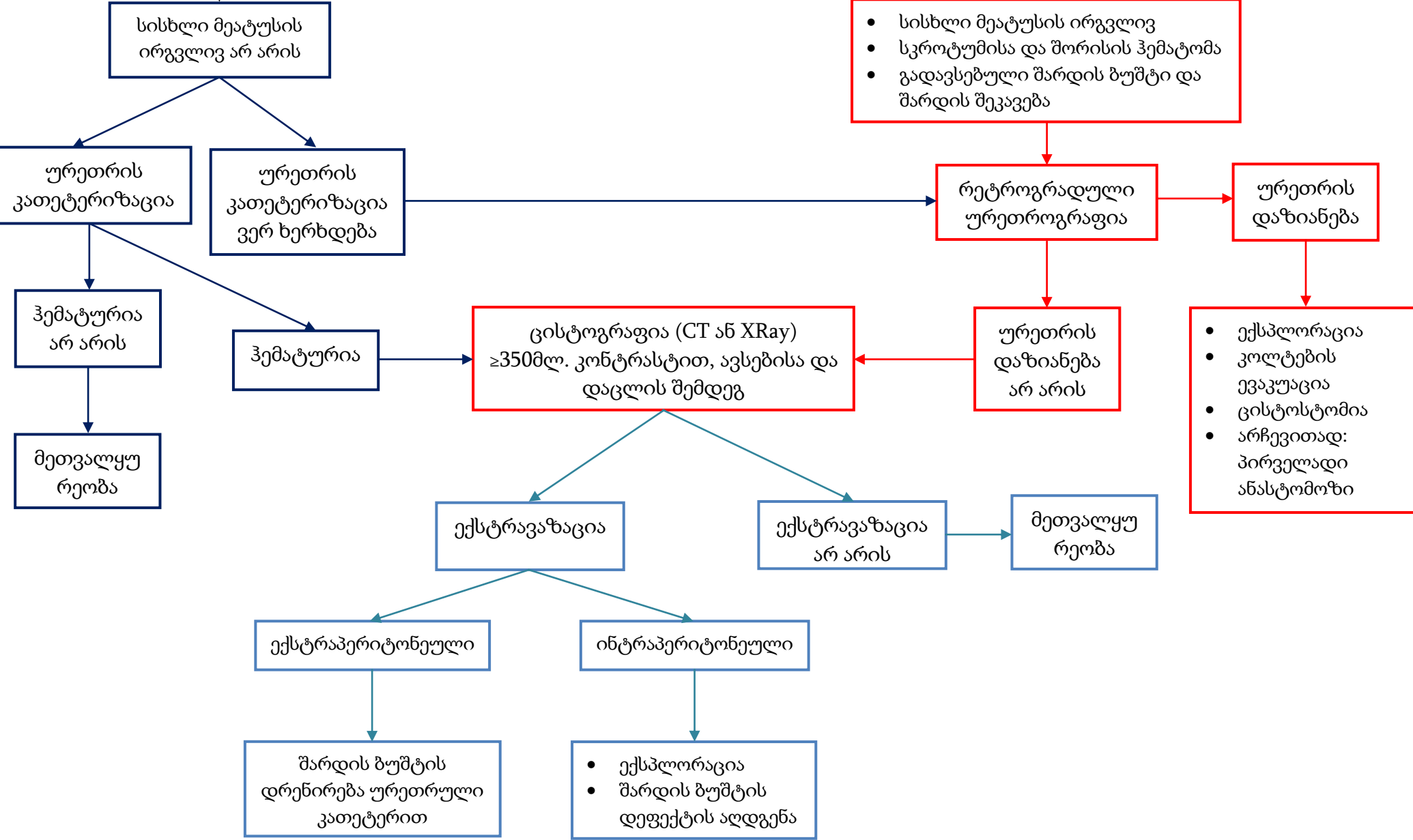
სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია
სპეციალიზირებულ,
მულტიპროფილურ
კლინიკაში

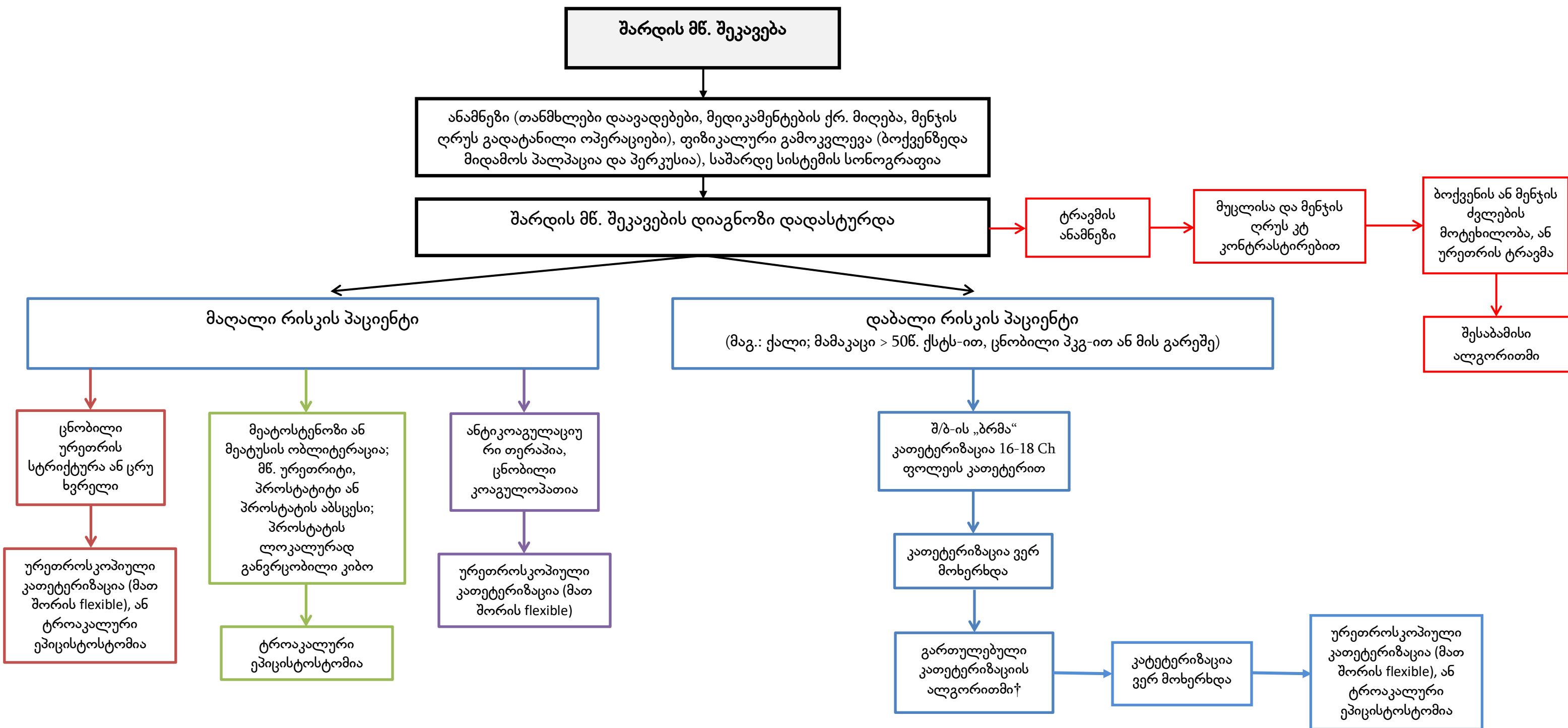
არა

შემდგომი ლაბორატორიული
და ინსტრუმენტული კვლევა
დიაგნოზის ვერიფიკაციისა და
მკურნალობისათვის

ექვი შარდის ბუშტის დაზიანებაზე მენჯის ძვლების მოტეხილობისას
(პოლიტრავმა, ავტოავარია, სიმაღლიდან ჩამოვარდნა, დაცემა, სპორტული ტრავმა და სხვა)

ანამნეზი (ტრავმის დრო და ხასიათი, ალკოჰოლის მიღება, სავსე შარდის ბუშტი), ფიზიკალური გასინჯვა (ინსპექცია, ჰემატომა, ჰემატურია, ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები, შარდის ბუშტის პალპაცია, მწ. მუცელი და სხვა), ლაბორატორიული ანალიზები (სისხლისა და შარდის საერთო ან.), მენჯის ძვლების რო-გრაფია, სონოგრაფია (მუცლის, მენჯის ღრუსა და საშარდე სისტემის)

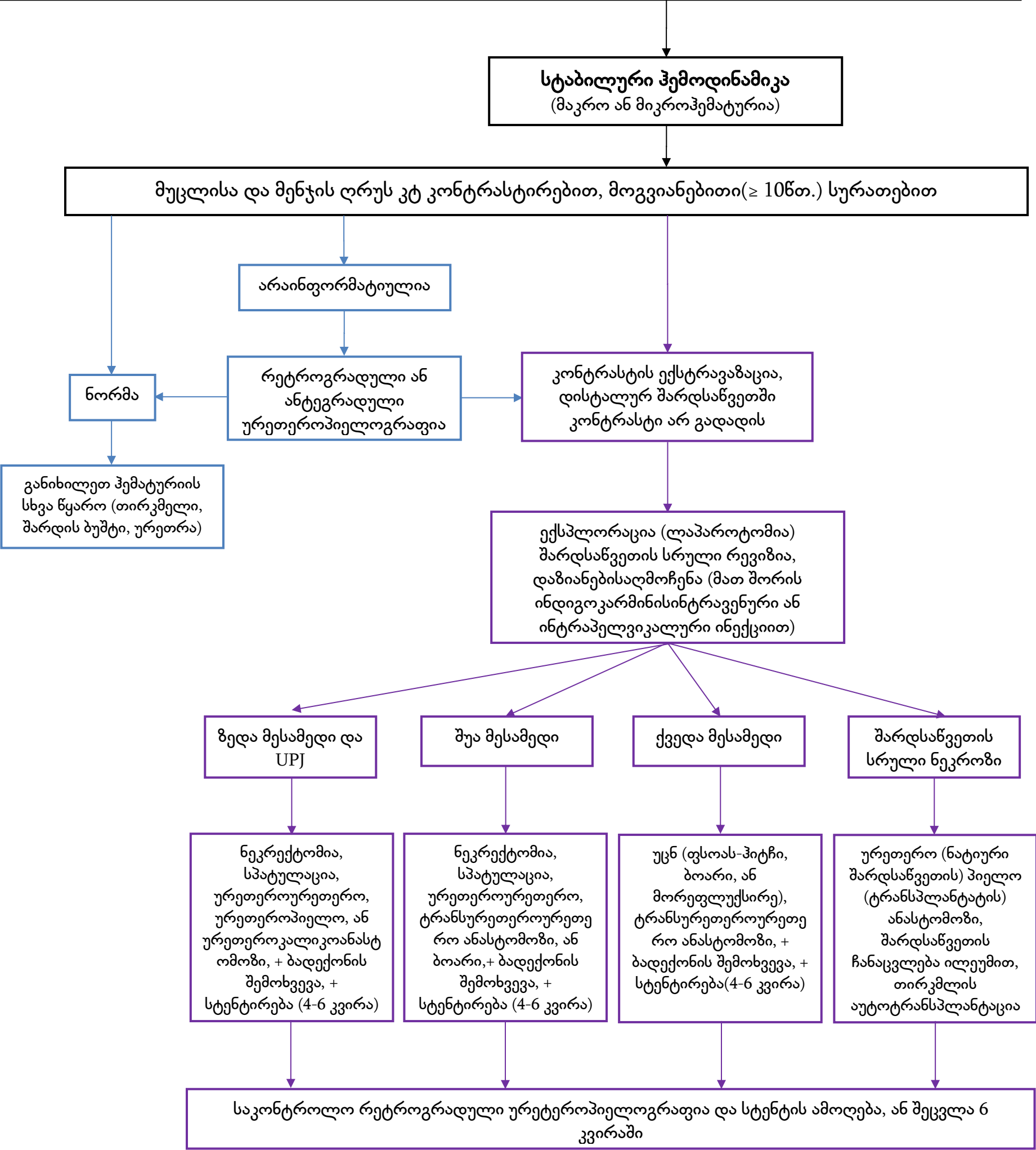
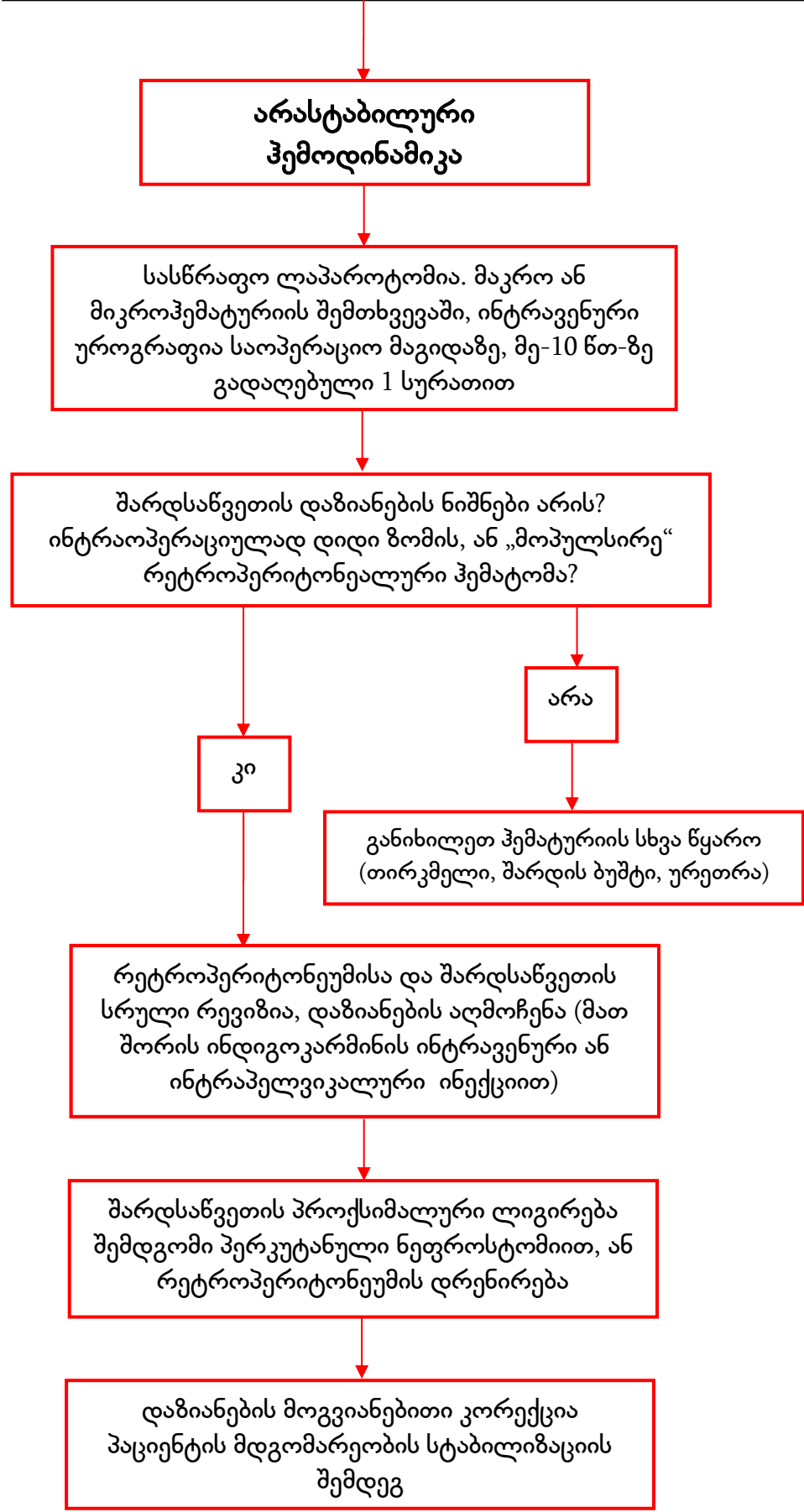




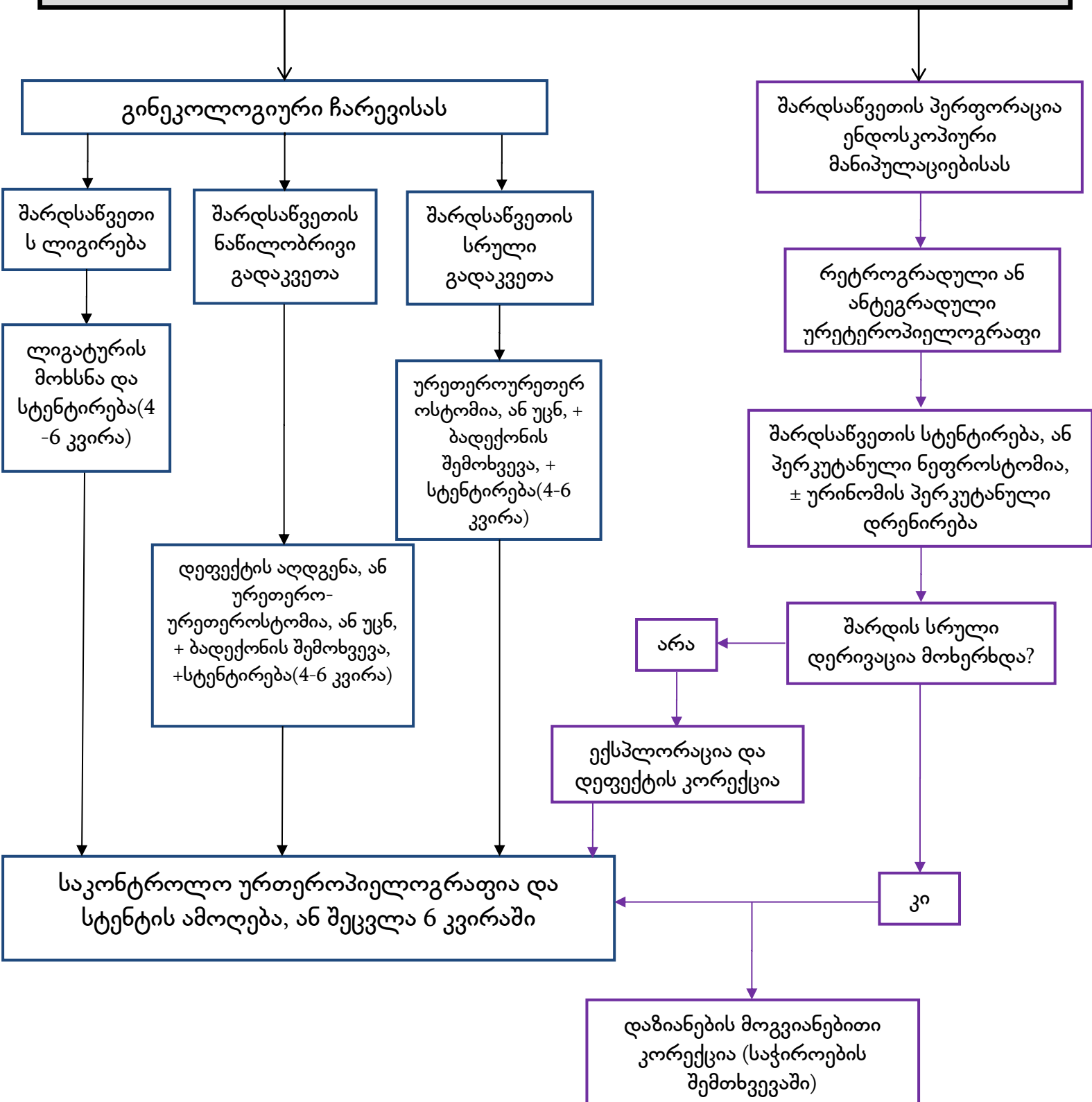
† გართულებული კათეტერიზაციის ალგორითმი

პრობლემა	გადაწყვეტის გზა
მეათუსი არ ჩანს ქალში	- გამოიყენეთ ვაგინალური სარკე მეათუსის ლოკალიზაციისთვის - გამოიყენეთ ვაგინალურად მოთავსებული თითები მეათუსის ლოკალიზაციისა და კათეტერიზაციისთვის
ტკივილი და რეზისტენტობა ბუღბუმეზბრანოზულ ურეთრაში	- შესაძლებელია ცრუ ხვრელის არსებობა. შეწყვიტეთ პროცედურა. ძალდატანება იქნება უშედეგო და გააძლიერებს ურეთრის ტრავმას - ურეთროსკოპიული კათეტერიზაცია (მათ შორის flexible) - ტროაკალური ეპისისტოსტომია
ბუღბური ურეთრის მუხლის გადალახვის შეუძლებლობა	- შეწყვიტეთ პროცედურა - შეცვალით ფოლდის კათეტერი ლატექსის მოხრილობიანი კათეტერით (მაგ. ტიმანის ან Coudé)
გარეთა სფინქტერის ადგილის გადალახვის შეუძლებლობა	- შეწყვიტეთ პროცედურა. სთხოვეთ პაციენტს დაახველოს, ან მოადუნოს გარეთა სფინქტერი ისე, თითქმის შარდავს და სცადეთ ხელახლა - თუ აღინიშნა ძლიერი ტკივილი და რეზისტენტობა, სავარაუდოა ბუშტის ყელის კონტრაქტურა. შეწყვიტეთ პროცედურა. - შეცვალით ფოლდის კათეტერი ლატექსის მოხრილობიანი კათეტერით (დაინყეთ 12F-ით), ცხვირით 12 სთ. პოზიციაში - თუ გატარება ვერ ხერხდება, გამოწიეთ კათეტერი 2-3 სმ-ით, მოატრიალეთ 9 სთ. პოზიციაში და გაიმეორეთ მცდელობა - თუ გატარება კვლავ ვერ ხერხდება, გამოწიეთ კათეტერი 2-3 სმ-ით, მოატრიალეთ 3 სთ. პოზიციაში და გაიმეორეთ მცდელობა
კათეტერი გატარდა ბოლომდე, მაგრამ შარდი ვერ იქნა მიღებული	- დაიცადეთ 5 წთ., დაანეწით შარდის ბუშტს, ან გამორეცხეთ კათეტერი ფიზ. სხნარით - თუ შარდი მაინც არ მოდის, არ გაბეროთ კათეტერის ბალონი. კიდევ ერთხელ დარწმუნდით, რომ კათეტერი ბოლომდეა შეყვანილი ურეთრაში
ტკივილი ბალონის გაბერვის დროს	- დაუყოვნებლივ შეწყვიტეთ ბალონის გაბერვა, კათეტერი შეიძლება ბუშტში არ იყოს - კიდევ ერთხელ დარწმუნდით, რომ კათეტერი ბოლომდეა შეყვანილი ურეთრაში

ეჭვი შარდსაწვეთის ტრავმაზე
(მუცლისა და მენჯის ღრუს პოლიიტრავმა, ხერხემლისა და მენჯის ძვლების მრავლობითი მოტეხილობა, შარდსაწვეთის საპროექციო არის პენეტრაციული ჭრილობა)



შარდსაწვეთის ინტრაოპერაციულად ამოცნობილი იატროგენული დაზიანება



შარდსანვეთის მოგვიანებით გამოვლენილი იატროგენული დაზიანება

(ანურია, გენიტალური შარდოვანი ფისტულა, ჰიდრონეფროზი, ჰემატურია, ურინომა, დღენაჟიდან შარდოვანი გამონადენი და სხვა)

ანამნეზი (გადატანილი ოპერაციები, დრო და სხვა), ფიზიკალური გასინჯვა, ჰემოგრამა, შარდის საერთო და ბაქტერიოლოგიური ან., გამონადენის ანალიზი კრეატინინზე, საშარდე სისტემისა და მუცლის ღრუს სონოგრაფია

