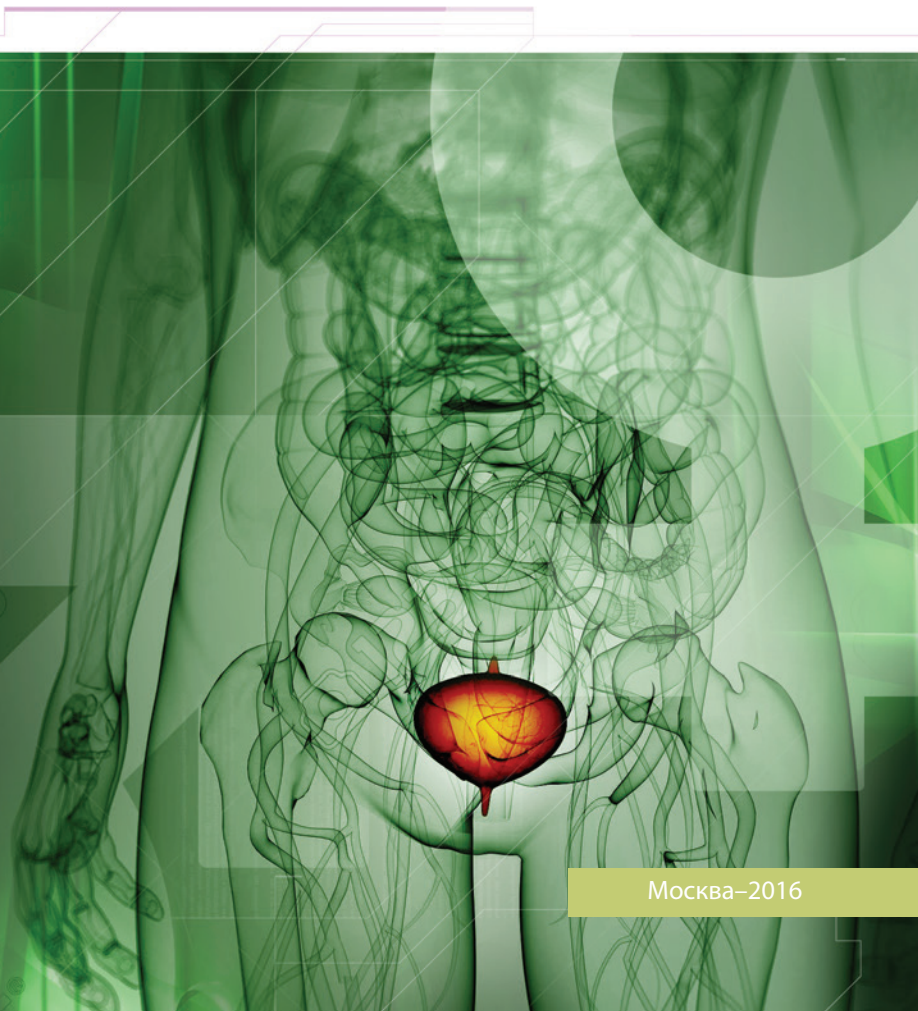


В.А. Малхасян, Д.Ю. Пушкарь, Л.А. Ходырева,
А.А. Дударева, Ю.А. Куприянов

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ № 21



Москва–2016

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

Департамент здравоохранения города Москвы

СОГЛАСОВАНО

**Заместитель председателя
Ученого медицинского совета
Департамента здравоохранения
города Москвы**



Л.Р. Костомарова

« 14 » июля 2016 года

УТВЕРЖДАЮ

**Заместитель руководителя
Департамента здравоохранения
города Москвы**



А.В. Погодин
« 18 » июля 2016 года

Острая задержка мочеиспускания

Методические рекомендации № 21

Главный внештатный специалист-уролог
Департамента здравоохранения города Москвы,
Д.м.н., профессор Пушкарь Дмитрий Юрьевич

« 14 » июля 2016 г.

Москва–2016

УДК 616.62–008.22(07)

ББК 56.9

О-76

Учреждение-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Составители: кандидат медицинских наук В.А. Малхасян, доктор медицинских наук, профессор Д.Ю. Пушкарь, доктор медицинских наук Л.А. Ходырева, кандидат медицинских наук А.А. Дударева, кандидат медицинских наук Ю.А. Куприянов.

Рецензент: заведующий кафедрой урологии Российской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии наук, заслуженный деятель науки Российской Федерации О.Б. Лоран.

Предназначение

Данные методические рекомендации предназначены для врачей-урологов, гинекологов, ординаторов, обучающихся по специальности «Урология», студентов медицинских вузов старших курсов.

В них отражены основные причины развития острой задержки мочеиспускания, основные симптомы, методы диагностики и лечения.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

© Коллектив авторов, 2016

© ИД «АБВ-пресс», 2016

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ № 21

Москва–2016

Содержание

Список сокращений	5
Введение	6
Определение, симптомы и причины возникновения.....	7
Анамнез и физикальное обследование.....	9
Консультации смежных специалистов и дополнительные обследования	11
Лечение.....	12
Показания к госпитализации	13
Открытая цистостомия	16
Острая задержка мочи, не связанная с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	18
Список литературы	23

Список сокращений

ДППЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

ВМП – верхние мочевые пути

МП – мочевой пузырь

ОЗМ – острая задержка мочеиспускания

РПЖ – рак предстательной железы

ПЖ – предстательная железа

ПСА – простатспецифический антиген

УЗИ – ультразвуковое исследование

Введение

Ишурия – задержка мочеиспускания, которая бывает как острой, так и хронической.

Задержка мочеиспускания является одной из самых частых причин экстренной госпитализации пациента в урологический стационар и самым частым осложнением такого распространенного заболевания у мужчин, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). По данным современной литературы, около 10 % мужчин старше 70 лет и около 30 % мужчин старше 80 лет рискуют столкнуться с этой проблемой [1–3]. При этом у женщин задержка мочеиспускания наблюдается в 13 раз реже [4] – 3 случая в год на 100 тыс. населения [5]. Около 90 % мужчин в возрасте 45–80 лет отмечают симптомы со стороны нижних мочевых путей [6]. По данным J. Wei и соавт., наличие умеренных и тяжелых симптомов инфравезикальной обструкции ассоциировано с высоким риском развития острой задержки мочи (ОЗМ), который увеличивается с 6,8 эпизода на 1000 мужчин в общей популяции до 34,7 в популяции мужчин старше 70 лет [7].

В основу данного методического пособия положены данные Московского исследования «Оптимизация оказания медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания в стационаре» [8]. В исследовании приняли участие все урологические стационары города, находящиеся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы. По результатам анкетирования, проведенного с февраля по май 2015 г., выполнен анализ демографических показателей и методов лечения больных с острой и хронической задержкой мочеиспускания, поступавших в этот период в московские стационары. Исследование включало данные 536 пациентов из 21 урологического отделения.

Определение, симптомы и причины возникновения

Определение

Острой задержкой мочеиспускания называется остро возникшая невозможность опорожнения мочевого пузыря (МП), несмотря на переполнение его мочой и наличие позыва на мочеиспускание.

Хроническая задержка мочеиспускания развивается постепенно. Вследствие нарушенного мочеиспускания и невозможности опорожнения МП появляется остаточная моча.

Декомпенсация сократительной способности детрузора приводит к нарастанию объема остаточной мочи, возникновению пузырно-мочеточниковых рефлюксов, развитию восходящей инфекции верхних мочевых путей (ВМП) и хронической почечной недостаточности.

Острая задержка мочи может возникнуть внезапно на фоне общего благополучия либо развиться на фоне частичной хронической задержки мочи.

Симптомы задержки мочеиспускания:

- невозможность самостоятельного мочеиспускания;
- учащенные, сильные, болезненные позывы к мочеиспусканию;
- чувство распирания и боли в нижних отделах живота;
- непроизвольное выделение мочи по каплям – парадоксальная ишурия.

Классификация

- ОЗМ центрального генеза;
- ОЗМ травматическая;
- ОЗМ психогенная;
- ОЗМ как следствие инфравезикальной обструкции;
- медикаментозная ОЗМ;
- тампонада МП.

Причины ОЗМ:

- заболевания ПЖ: ДППЖ и рак предстательной железы (РПЖ), острый простатит;
- камень МП;

- стриктура уретры;
- разрыв уретры;
- камень уретры;
- опухоль уретры;
- склероз шейки МП;
- фимоз;
- травмы МП;
- нейрогенный МП;
- тампонада МП (при гематурии);
- послеоперационная задержка мочеиспускания (рефлекторная);
- операции по поводу недержания мочи у женщин;
- дивертикулы и полипы уретры у женщин;
- выраженный пролапс тазовых органов у женщин;
- медикаментозная задержка мочи;
- внутритазовая гематома;
- опухоль МП;
- уретероцеле;
- другие причины.

Согласно данным Московского исследования 53 пациента с ОЗМ (99,1 %) – мужчины. Средний возраст больных составил 69,5 года. Основная доля пациентов была госпитализирована в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При этом 144 (26,9 %) пациента были госпитализированы по поводу ОЗМ повторно (табл. 1).

Таблица 1. Каналы госпитализации больных с ОЗМ

Канал госпитализации	Число пациентов	%
По вызову бригады скорой помощи	391	72,9
По направлению	98	18,3
Самостоятельное обращение	47	8,8

Основной причиной ОЗМ у подавляющего большинства пациентов является ДГПЖ (рис. 1).

Средний объем ПЖ составлял 69,5 см³. Средняя доля ПЖ была выявлена у 166 (31 %) пациентов. До госпитализации подавляющему большинству пациентов – 461 (86,0 %) – не проводилось никакого оперативного лечения. Трансуретральная резекция ПЖ была самым частым оперативным пособием, выполнявшимся до госпитализации, – в 5,6 % случаев (табл. 2).

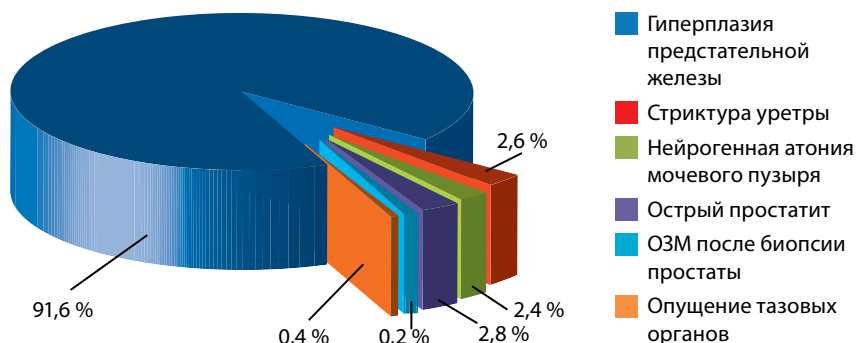


Рис. 1. Причины задержки мочеиспускания

Таблица 2. Характеристика ранее проводившегося оперативного лечения

Оперативное вмешательство	Число пациентов	%
Не проводилось	461	86,0
Аденомэктомия	7	1,3
Трансуретральная резекция ПЖ	30	5,6
Лазерная вапоризация ПЖ	1	0,2
Лазерная энуклеация ПЖ	1	0,2
Брахитерапия	2	0,4
Другое	34	6,3

Анамнез и физикальное обследование

Анамнез

При сборе анамнеза выясняют возраст и сопутствующие заболевания пациента, возможные хронические нарушения мочеиспускания, урологические или хирургические манипуляции, принимаемые препараты и наличие признаков парадоксальной ишурии.

Особое внимание у пациентов с ОЗМ должно быть уделено выявлению возможных причин возникновения ОЗМ, предшествующих эпизодов ОЗМ, определению их количества и давности последнего эпизода.

Физикальное обследование

При физикальном обследовании пациентов с ОЗМ особое внимание должно быть уделено:

- пальпации и перкуссии живота. При ОЗМ, как правило, удается пропальпировать перерастянутый МП и установить высокое стояние верхушки МП над лопом посредством перкуссии. Необходимо помнить, что диагноз ОЗМ не может быть исключен на основании данных физикального обследования;
- пальцевому ректальному исследованию, которое выполняется с целью выявления таких заболеваний ПЖ, как ДППЖ и РПЖ. Однако отсутствие изменений по данным пальцевого ректального исследования не может служить основанием для исключения ОЗМ.

Лабораторные методы обследования:

- клинический анализ крови: определение уровня лейкоцитов в крови, соотношения лейкоцитов в крови (подсчет лейкоцитарной формулы крови);
- определение концентрации креатинина в сыворотке крови. Повышенный уровень креатинина в крови свидетельствует о нарушении функции почек и является абсолютным показанием к выполнению ультразвукового исследования (УЗИ) ВМП с целью выявления ретенционных изменений в них и исключения сопутствующей патологии почек.

Инструментальные методы обследования включают УЗИ органов мочеполовой системы с целью:

- определения емкости МП;
- определения объема ПЖ;
- диагностики объемных образований МП (камней, опухоли).

Согласно данным Московского исследования ретенционные изменения ВМП выявлялись у 106 (20 %), а признаки почечной недостаточности (уровень креатинина и/или мочевины крови выше нормы) – у 88 (16,4 %) пациентов, госпитализируемых в стационар с диагнозом ОЗМ. В связи с этим определение уровня креатинина крови и выполнения УЗИ почек должно входить в стандарт обследования пациента с ОЗМ.

При необходимости дополнительно проводят:

- оценку уровня простатспецифического антигена (ПСА) (мужчинам старше 45 лет, если этот анализ не выполнялся);

- уретрографию, уретроцистоскопию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию органов мочеполовой системы при подозрении на травму, стриктуру или другие причины ОЗМ.

Согласно данным Московского исследования средний показатель уровня ПСА у пациентов, попадающих в стационар с ОЗМ, составляет в среднем в 6,5 нг/мл. Повышение уровня ПСА служило основанием для выполнения трансректальной мультифокальной биопсии ПЖ под ультразвуковым контролем у 99 (18,5 %) пациентов. РПЖ был диагностирован у 24 (24,2 %) пациентов. С целью решения вопроса о необходимости выполнения биопсии целесообразно выполнять анализ ПСА пациентам, поступающим с ОЗМ, причем желательно до момента установки уретрального катетера или цистостомического дренажа.

Консультации смежных специалистов и дополнительные обследования

Согласно данным Московского исследования среди сопутствующих заболеваний у исследуемых пациентов наиболее часто регистрировались артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет. У 10 % больных в анамнезе был острый инфаркт миокарда (табл. 3). Оказание оперативного пособия потребова-

Таблица 3. Сопутствующие заболевания

Сопутствующее заболевание	Число пациентов	%
Гипертоническая болезнь	364	67,9
Ишемическая болезнь	300	56,0
Сахарный диабет	74	13,8
Инфаркт	52	9,9
Инсульт	36	6,7
Бронхиальная астма	14	2,6
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	36	6,7
Онкологическое	35	6,5

лось 43 % пациентов. С учетом вышесказанного попытку катетеризации МП целесообразно выполнять в приемном отделении. При невозможности установить уретральный катетер пациентам следует обязательно проводить анализ на определение группы крови и резус фактора, электрокардиографию и консультацию терапевта.

Лечение

На первом этапе лечения ОЗМ выполняют дренирование МП.

Методы дренирования МП:

- дренирование МП уретральным катетером Фолея;
- установка уретрального катетера с эндоскопической ассистенцией;
- надлобковое дренирование МП:
 - троакарная цистостомия;
 - открытая цистостомия.

Катетеризация МП

Методом выбора в лечении ОЗМ является дренирование МП уретральным катетером Фолея. Катетеризация МП должна проводиться в асептических условиях одноразовым стерильным катетером с предварительным введением в уретру лубриканта, содержащего лидокаин. В качестве лубриканта желательно использовать препараты инстиллагель или катеджель. Попытки катетеризации необходимо начинать с катетера Фолея диаметром 18 Fr. В случае, когда проведение в МП самого тонкого из доступных катетеров не удастся или появляется уретроррагия, попытки катетеризации должны быть немедленно прекращены. Применение силы в подобных случаях абсолютно недопустимо. Необходимо помнить, что при резком переполнении МП (скоплении в нем 1 л и более мочи) опорожнение должно происходить постепенно во избежание быстрой смены давления в его полости, которая может привести к резкому кровенаполнению расширенных и склеротически измененных вен МП, их разрыву и кровотечению. Поэтому опорожнять МП следует отдельными порциями по 300–400 мл, в промежутках пережимая катетер на 2–3 мин.

После катетеризации МП пациенту необходимо назначить антибактериальную терапию курсом длительностью 3–5 дней и α -адреноблокаторы (табл. 4, 5).

Таблица 4. Рекомендуемые α -адреноблокаторы

Международное непатентованное название	Доза
Тамсулозин	0,4 мг/сут
Альфузозин	10 мг/сут
Силодозин	8 мг/сут

Таблица 5. Рекомендуемые антибактериальные препараты при катетеризации мочевого пузыря

Международное непатентованное название	Доза, мг	Режим
Левифлоксацин	250	Однократно внутрь в течение 3–5 дней
Офлоксацин	200	Внутрь 2 раза в сутки в течение 3–5 дней
Ципрофлоксацин	250	Внутрь 2 раза в сутки в течение 3–5 дней
Нирофурантоин	50–100	Внутрь 3 раза в сутки в течение 3–5 дней
Цефподоксим	200	Внутрь 2 раза в сутки в течение 3–5 дней
Цефуроским	250	Внутрь 2 раза в сутки в течение 3–5 дней

При успешной установке уретрального катетера и удовлетворительном общем состоянии пациент может быть выписан из приемного отделения с рекомендациями по приему α -адреноблокаторов и с последующим удалением уретрального катетера в амбулаторных условиях через 3 сут.

Показания к госпитализации

Показаниями к госпитализации являются:

- наличие травмы органов мочевой системы;
- острые воспалительные урологические заболевания;
- невозможность катетеризации МП;
- невозможность дальнейшего лечения в амбулаторных условиях;
- тяжелое общее состояние пациента вследствие ОЗМ;

- наличие ОЗМ в анамнезе;
- инородные тела и камни уретры;
- наличие гематурии.

Самостоятельное мочеиспускание в большинстве случаев восстанавливается в течение 24–48 ч после начала медикаментозной терапии. Уретральный катетер должен быть удален не позднее чем через 5 дней. Удаление уретрального катетера следует производить в утренние часы. В случае восстановления самостоятельного мочеиспускания пациенту назначается специфическая терапия ДППЖ в соответствии с клинической стадией заболевания и выраженностью симптомов. Пациентам, у которых после удаления уретрального катетера не восстановилось самостоятельное мочеиспускание, показано хирургическое лечение. Таким пациентам необходимо выполнить повторную катетеризацию МП. До момента операции МП должен дренироваться уретральным катетером. При необходимости более длительного дренирования МП пациенту может быть установлен цистостомический дренаж. Ретенционные изменения почек, как правило, начинают регрессировать в течение 48 ч после восстановления оттока мочи.

Согласно данным Московского исследования основной причиной ОЗМ была ДППЖ. При этом урологом наблюдались лишь 244 (45,5 %) пациента, а 364 (67,9 %) никакого лечения до развития ОЗМ не получали. Из 172 (32 %) пациентов, получавших медикаментозное лечение до развития ОЗМ, 159 (92,4 %) принимали различные препараты группы α 1-адреноблокаторов. Самым популярным препаратом этой группы оказался тамсулозин. Только 14 (8,1 %) пациентов получали ингибиторы 5 α -редуктазы, а 27 (15,7 %) принимали гомеопатические или растительные препараты (табл. б).

Таблица 6. Медикаментозная терапия, на фоне которой развилась ОЗМ

Препарат	Число пациентов	%
Тамсулозин	123	71,5
Доксазозин	20	11,6
Гомеопатический	17	9,9
Альфүзозин	11	6,4
Фитопрепарат	10	5,8
Дутастерид	9	5,2
Другие ингибиторы 5 α -редуктазы	5	2,9
Другие α 1-адреноблокаторы	3	1,7
Силодозин	2	1,2
Теразозин	0	0
Финастерид	0	0

Наиболее часто назначаемым в стационаре препаратом также оказался тамсулозин. После поступления в отделение он назначался 31,9 % пациентов (рис. 2).

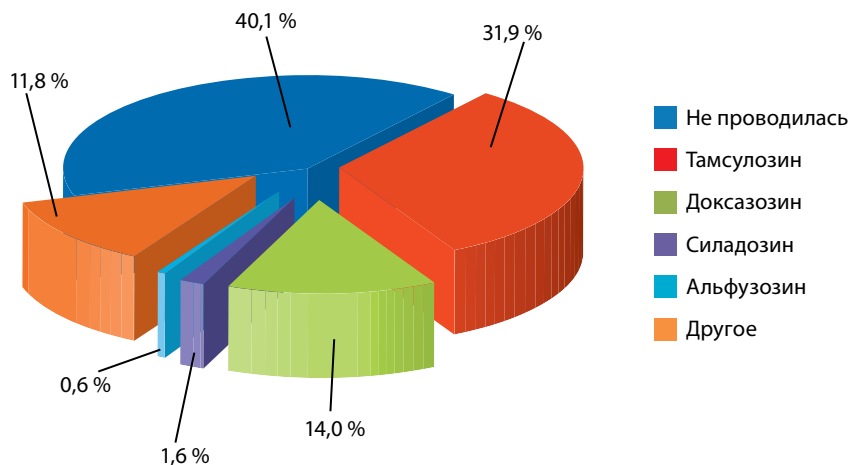


Рис. 2. Лекарственная терапия ОЗМ, проводившаяся в стационаре

В ходе стационарного лечения ОЗМ разрешилась консервативными методами у 306 (57 %) пациентов, 230 (43 %) пациентам были выполнены различные оперативные пособия. В стационаре медикаментозная терапия проводилась 321 (59,9 %) больному.

Среди оперативных вмешательств наиболее популярным оказалась троакарная цистостомия, которая была выполнена 87 % пациентов (табл. 7).

Таблица 7. Оперативные пособия, выполненные пациентам, у которых не восстановилось произвольное мочеиспускание

Оперативное вмешательство	Число пациентов	%
Троакарная цистостомия	201	87
Эндоскопически ассистированная катеризация МП	1	0,5
Открытая эпицистостомия	3	1,3
Другое	25	11

Надлобковое дренирование МП: троакарная цистостомия

Показания к троакарной цистостомии:

- невозможность катетеризации МП;
- наличие противопоказаний к установке уретрального катетера (острая инфекция нижних отделов мочевых путей);
- парадоксальная ишурия.

Троакарная цистостомия должна выполняться в условиях операционной под местной, спинальной или общей анестезией с соблюдением правил асептики и антисептики. Троакарную эпицистостомию следует выполнять при помощи специального одноразового стерильного эпицистостомического набора. После выполнения троакарной цистостомии пациенту необходимо назначить антибактериальную терапию: цефалоспорины 2-го или 3-го поколения или фторхинолоны курсом длительностью 3–5 дней (табл. 8).

Таблица 8. Рекомендуемые антибактериальные препараты при троакарной цистостомии

Международное непатентованное название	Доза	Режим
Левифлоксацин	250 мг	Внутрь однократно в течение 3–5 дней
Офлоксацин	200 мг	Внутрь 2 раза в сутки в течение 3–5 дней
Ципрофлоксацин	250 мг	Внутрь 2 раза в сутки в течение 3–5 дней
Нирофурантоин	50–100 мг	Внутрь 3 раза в сутки в течение 3–5 дней
Цефподоксим	200 мг	Внутрь 2 раза в сутки в течение 3–5 дней
Цефуроским	250 мг	Внутрь 2 раза в сутки в течение 3–5 дней

Открытая цистостомия

Показаниями для проведения открытой цистостомии являются тампонада МП, не разрешающаяся консервативными методами, или отсутствие технической возможности выполнения троакарной цистостомии.

Открытая эпицистостомия должна выполняться в условиях операционной под местной, спинальной или общей анестезией с соблюдением правил асептики и антисептики. После выполнения открытой эпицистостомии пациенту также назначается антибактериальная терапия: цефалоспорины 2-го или 3-го поколения или фторхинолоны, внутримышечно или внутрь курсом длительностью 5–7 дней (табл. 9).

Таблица 9. Рекомендуемые антибактериальные препараты при открытой цистостомии

Международное непатентованное название	Доза	Режим
Левифлоксацин	250 мг	Внутрь однократно Внутрь в течение 5–7 дней
Офлоксацин	200 мг	Внутрь 2 раза в сутки в течение 5–7 дней
Ципрофлоксацин	250 мг	Внутрь 2 раза в сутки в течение 5–7 дней
Нирофурантоин	50–100 мг	Внутрь 3 раза в сутки в течение 5–7 дней
Цефуроксим	250 мг	Внутрь 2 раза в сутки в течение 5–7 дней
Цефотаксим	1–2 г	Внутримышечно 2–3 раза в сутки в течение 5–7 дней
Цефтазидим	1–2 г	Внутримышечно 2–3 раза в сутки в течение 5–7 дней
Цефазолин	1–2 г	Внутримышечно 2–3 раза в сутки в течение 5–7 дней

Согласно данным Московского исследования осложнения оперативного лечения зафиксированы у 17 (7,3 %) пациентов: инфекция мочевых путей – у 7 (3 %), флегмона передней брюшной стенки – у 1 (0,4 %), кровотечение – у 2 (0,9 %), макрогематурия – у 6 (2,6 %), ранение сигмовидной кишки – у 1 (0,4 %).

На 2-м этапе оказания медицинской помощи пациенту с ОЗМ выявляют причины ОЗМ и назначают лечение основного заболевания.

У 70 % пациентов для разрешения ОЗМ бывает достаточно дренирования МП уретральным катетером Фолея. МП дренируется уретральным катетером до 5 дней. За это время должен быть уточнен диагноз и определена дальнейшая тактика лечения основного заболевания. При нахождении больного в неспециализированном стационаре на данном этапе необходим его перевод в специализированный стационар либо привлечение к лечению уролога или хирурга, имеющего первичную специализацию по урологии.

Острая задержка мочи, не связанная с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Острая задержка мочи при РПЖ

Частота ОЗМ, вызванной РПЖ, довольно низка и составляет примерно 1 % всех случаев ОЗМ. У большинства пациентов с РПЖ причиной ОЗМ является как раковая опухоль предстательной железы (ПЖ), так и сопутствующая ДГПЖ. В связи с этим тактика лечения этих больных существенно различается. Пациентам, у которых ОЗМ обусловлена наличием сопутствующей ДГПЖ, необходимо предлагать тактику, описанную для пациентов с ДГПЖ.

Всем пациентам с ОЗМ, возникшей вследствие РПЖ, в первую очередь должно выполняться дренирование МП. Назначение α -адреноблокаторов в таких случаях неэффективно, поскольку ткань опухоли нечувствительна к препаратам данной группы. Однако самостоятельное мочеиспускание может восстанавливаться при назначении адекватной антиандрогенной терапии. Поэтому пациентам с ОЗМ, страдающим гормоночувствительным РПЖ, необходимо провести оценку адекватности и эффективности антиандрогенной терапии. В случае неадекватности антиандрогенной терапии она должна быть скорректирована. В связи с тем, что у пациентов с гормонорезистентным РПЖ низка вероятность восстановления самостоятельного мочеиспускания, с целью восстановления оттока мочи им показаны паллиативные методы лечения:

- парциальная трансуретральная резекция ПЖ, которая выполняется через 2–3 дня или через 4–6 нед после эпизода ОЗМ;
- длительная катетеризация;
- надлобковое дренирование МП.

Острая задержка мочи при стриктуре уретры

Стриктура уретры должна быть заподозрена в первую очередь у больных с ОЗМ моложе 40 лет, а также имеющих в анамнезе указания на уретриты, инородные тела

уретры и предшествующие трансуретральные вмешательства или длительную катетеризацию МП. У данной категории больных, как правило, не выявляется увеличения ПЖ, но в ряде случаев стриктура может сочетаться с ДГПЖ. Для уточнения диагноза должна быть выполнена уретроскопия гибким цистоуретроскопом. При отсутствии технической возможности для ее проведения допустимо выполнение восходящей уретрографии. Попытки катетеризации МП у пациентов с подозрением на стриктуру уретры должны начинаться с уретрального катетера Фолея 12 Fr. В случае, когда проведение в МП самого тонкого катетера не удастся, попытки катетеризации должны быть прекращены. Поскольку методом выбора в лечении стриктуры уретры остается хирургический метод, в случаях безуспешной катетеризации МП отведение мочи необходимо обеспечить путем выполнения цистостомии.

Послеоперационная острая задержка мочи

Послеоперационная ОЗМ – достаточно распространенное состояние, встречающееся у 23 % пациентов, и обычно возникающее в раннем послеоперационном периоде. Наиболее часто ОЗМ наблюдается у пациентов, перенесших спинальную или эпидуральную анестезию, обширные вмешательства на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и таза, а также у пациентов, получавших опиоидные анальгетики. ОЗМ в послеоперационном периоде может носить как функциональный (после применения эпидуральной анестезии и опиоидных анальгетиков), так и органический характер (после операций на органах таза и забрюшинного пространства). Вид послеоперационной ОЗМ определяет длительность периода восстановления самостоятельного мочеиспускания, который может колебаться от 6 нед до 12 мес. Главным методом лечения послеоперационной ОЗМ является дренирование МП уретральным катетером в течение 10–14 дней. В случае отсутствия самостоятельного мочеиспускания после удаления уретрального катетера дренирование МП может осуществляться путем чистой интермиттирующей самокатетеризации. Для интермиттирующей самокатетеризации необходимо использовать специальные одноразовые стерильные мужские, женские/детские катетеры Нелатон различных размеров (от 08 до 22 Fr), покрытые гидрополимерным смазочным веществом (поливинилпирролидоном). При контакте с водой поверхность данных катетеров становится гладкой и скользкой, что значительно снижает трение о слизистую уретры и минимизирует риск развития травматических повреждений и инфекционных осложнений.

Тампонада мочевого пузыря

Тампонада МП должна быть заподозрена у пациентов, имеющих в анамнезе указания на опухоли почки, лоханки, мочеточника или МП и отмечавших эпизоды пред-

шествующей гематурии. Нередко тампонада МП возникает у пациентов, перенесших хирургические вмешательства на мочевых путях, а также с нарушением свертываемости крови и принимающих антикоагулянты. Лечение ОЗМ при тампонаде должно начинаться с дренирования МП уретральным катетером, промывания МП до светлых промывных вод и установки проточно-промывной системы постоянного орошения МП. Для этого необходимо использовать трехходовой катетер Фолея 22–24 Fr. В случае неадекватной эвакуации кровяных сгустков уретральным катетером они могут быть удалены эндоскопическим путем при помощи аспиратора. При безуспешности эндоскопического отмывания МП пациенту должна быть выполнена открытая ревизия МП, удаление сгустков и установка цистостомического дренажа. С целью купирования гематурии всем пациентам следует назначать гемостатическую терапию. Предпочтительно использование следующих препаратов:

- транексам;
- этамзилат;
- 10 % раствор хлористого кальция.

После устранения тампонады МП и ОЗМ пациентам должно выполняться углубленное обследование с целью диагностирования опухолей почки, лоханки, мочеточника и МП.

Острая задержка мочи при нейрогенном мочевом пузыре

ОЗМ при нейрогенном МП должна быть заподозрена у пациентов, страдающих сопутствующими заболеваниями нервной системы:

- церебральным или спинальным инсультом;
- паркинсонизмом;
- рассеянным склерозом;
- опухолями головного и спинного мозга;
- черепно-мозговыми травмами;
- травмами позвоночника.

Особенностью клинического течения ОЗМ у пациентов с нейрогенным МП является асенсорная форма ОЗМ, которая не сопровождается болевыми ощущениями и позывами к мочеиспусканию. Лечение ОЗМ у таких пациентов должно начинаться с дренирования МП уретральным катетером. Дальнейшее дренирование МП после уточнения диагноза и определения прогноза восстановления самостоятельного мочеиспускания должно производиться либо методом интермиттирующей самокатетеризации, либо посредством надлобкового дренирования. При лечении больных с нейрогенным МП необходим комплексный подход с привлечением невролога или нейроуролога.

Острая задержка мочи при травмах мочевых путей

В большинстве случаев ОЗМ при травмах мочевых путей встречается при повреждении уретры и внутрибрюшинном разрыве МП. Наиболее частыми причинами травм уретры и МП являются:

- тупая травма живота;
- переломы костей таза;
- травмы промежности;
- переломы полового члена.

При возникновении ОЗМ на фоне вышеперечисленных травм чрезвычайно важен выбор метода дренирования МП. До исключения травмы уретры катетеризация МП противопоказана. С целью исключения травмы уретры всем пациентам с подозрением на травму уретры должна выполняться ретроградная уретрография. В случае невозможности исключить травму уретры дренирование МП должно осуществляться надлобковым методом. Дальнейшая тактика лечения определяется в зависимости от локализации, характера и обширности повреждений.

Острая задержка мочи при остром простатите

При остром простатите ОЗМ развивается вследствие выраженного отека ПЖ. В клинической картине, как правило, превалируют симптомы дизурии и общей интоксикации, боли в промежности и в нижних отделах живота, учащенное болезненное мочеиспускание, предшествующее ОЗМ, лихорадка, ознобы. Отмечаются эпизоды учащенного мочеиспускания и urgency.

При остром простатите любые трансуретральные вмешательства противопоказаны. Дренирование МП до купирования острого простатита должно осуществляться при помощи цистостомического дренажа.

Острая задержка мочи у женщин после операций по поводу недержания мочи

ОЗМ является редким осложнением операций, выполняемых при стрессовом недержании мочи. При возникновении ОЗМ в послеоперационном периоде после удаления уретрального катетера пациенткам должна быть выполнена повторная катетеризация МП. Уретральный катетер удаляют через 10–14 дней. В случае продолжающейся задержки мочи после удаления катетера дальнейшее дренирование МП должно осуществляться посредством интермиттирующей самокатетеризации. При частых рецидивах ОЗМ, инфекциях мочевых путей и значительном ухудшении качества жизни

ни пациентки, обусловленным затрудненным мочеиспусканием, необходимо рассмотреть целесообразность выполнения операции по восстановлению проходимости уретры, удалению слинга или уретеролиз.

Острая задержка мочи у пациенток с выраженным пролапсом тазовых органов

У большинства пациенток с пролапсом тазовых органов самостоятельное мочеиспускание восстанавливается после вправления тазовых органов. Однако при повторном выпадении тазовых органов эпизод ОЗМ в подавляющем большинстве случаев повторяется. Всем пациенткам данной группы показано оперативное лечение пролапса тазовых органов, поэтому до момента операции дренирование МП должно осуществляться уретральным катетером Фолея. При невозможности хирургической коррекции пролапса показано ношение пессариев.

Острая задержка мочи при дивертикулах и полипах уретры

Причиной возникновения ОЗМ у таких пациенток является наличие механического препятствия оттоку мочи в виде дивертикула или полипа уретры. В большинстве случаев после удаления уретрального катетера ОЗМ рецидивирует. Поскольку всем пациенткам данной группы показано хирургическое иссечение полипа или дивертикула уретры, до момента операции дренирование МП должно осуществляться уретральным катетером. В случае госпитализации пациентки в высокоспециализированный стационар допустимо выполнение экстренной трансуретральной резекции или лазерной абляции полипа уретры.

Список литературы

1. Fong Y.K., Milani S., Djavan B. Natural history and clinical predictors of clinical progression in benign prostatic hyperplasia. *Curr Opin Urol* 2005;15(1):35–8.
2. Jacobsen S.J., Jacobson D.J., Girman C.J. et al. Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. *J Urol* 1997;158(2):481–7.
3. Contemporary Urology/Urology Times 2005 Fact Book. Prepared by Advanstar Medical Economics Healthcare Communications Secondary Research Services.
4. Ramsey S., Palmer M. The management of female urinary retention. *Int Urol Nephrol* 2006;38(3–4):533–5.
5. Klarskov P., Andersen J.T., Asmussen C.F. et al. Acute urinary retention in women: a prospective study of 18 consecutive cases. *Scand J Urol Nephrol* 1987;21(1):29–31.
6. McVary K. BPH: Epidemiology and Comorbidities. *Am J Manag Care* 2006;12(5 Suppl): 122–8.
7. Wei J., Calhoun E., Jacobsen S. Urologic diseases in America project: benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2005;173:1256–61.
8. Пушкарь Д.Ю., Малхасян В.А., Ходырева Л.А. Оптимизация финансовых затрат при оказании медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания в стационаре.

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Редактор-корректор – С.В. Новикова

Дизайн – Е.В. Степанова

Верстка – О.В. Гончарук

Подписано в печать 30.08.2016.

Формат 148 × 210 мм

Гарнитура GaramondNarrowC

Печать офсетная.

Тираж 1000 экз.

Отпечатано в типографии

ООО «Юнион Принт»

Заказ № 161854

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
109443, Москва, Каширское ш., 24, стр. 15

Тел./факс: +7 (499) 929-96-19

E-mail: abv@abvpress.ru

www.abvpress.ru

