

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ

Строцкий А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Республика Беларусь

Частота ОЗМ весьма вариабельна, зависит от множества факторов и всего от контингента лиц, среди которого определялась частота использованных методов оценки. Если исследование проводилось пациентов с одним заболеванием (к примеру, доброкачественная гиперплазией предстательной железы - ДГПЖ), то полученные результаты будут меньше, чем при исследованиях, проведенных без учета заболевания (неврогенные расстройства мочеиспускания, рак предстательной железы, воспалительные заболевания предстательной железы и уретры, рефлекторные задержки мочеиспускания и т.п.). Так в исследовании в Северной Америке частота ОЗМ составила 1,9% у мужчин в год (Jacobsen S. et al., 2003), а в России - 3,03% на 1000 человек

старше 50 лет (К.В. Поздняков, 2006). Частота ОЗМ среди пациентов, поступивших в стационары с ДГПЖ, в Республике Беларусь в 2014 году составила 24,1%.

ОЗМ – это невозможность самостоятельного мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре и сильном позыве к мочеиспусканию. При наличии ОЗМ лечение начинается с установки уретрального катетера для постоянного отведения мочи и назначения альфа-адреноблокаторов. Катетер устанавливается на 3-5 суток, более длительное отведение мочи с помощью катетера не сопровождается улучшением результатов лечения ОЗМ, т.е. увеличением частоты восстановления самостоятельного мочеиспускания. Восстановление мочеиспускания после отведения мочи постоянным катетером в течение 3-х суток составила 23-40% (R.Manikandanetal.,2004; Takamichiet.al., 2006), а в течение 7-ми суток – 35-62% (B.Djavanetal.,1998; G.Lorenteetal.,2001).

Важно при длительном стоянии уретрального катетера увеличивается вероятность инфицирования мочевых путей, что является неблагоприятным прогностическим фактором при последующем лечении этих пациентов. Не следует стремиться использовать для постоянного отведения мочи катетеры большого диаметра, поскольку на качество отведения мочи это не имеет никакого значения. Наоборот, небольшой диаметр катетера (№16-18 Ch) позволяет медленно выпустить мочу из перерастянутого мочевого пузыря и тем самым избежать возникновения макрогематурии perdiapedesin. Небольшой диаметр катетера не приводит к нарушению кровообращения в местах естественных сужений уретры, ишемизации стенки мочеиспускательного канала, что является хорошей профилактикой образования в последующем стриктур уретры. При стоянии катетера большого диаметра слизистая мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря отекает незначительно, что имеет важное значение при восстановлении мочеиспускания после удаления катетера.

При неконгруентном диаметре катетера вследствие ишемизации и отека слизистой оболочки мочеиспускательного канала, увеличения поверхности раздела создаются благоприятные условия для проникновения и развития инфекции, что сопровождается развитием уретрита и делает невозможным при необходимости проведения хирургического лечения по удалению гиперплазированных узлов предстательной железы сразу после ликвидации ОЗМ.

При выборе альфа-адреноблокатора следует руководствоваться следующими критериями: действие препарата должно наступать быстро, достаточно эффективно, не требовать титрования дозы для минимизации побочных эффектов. Неселективные альфа-адреноблокаторы не совсем удобны в этих случаях, поскольку использование их в малых дозировках не всегда позволяет достичь достаточного лечебного эффекта, а использование более высоких доз сопровождается увеличением частоты нежелательных побочных реакций прежде всего, снижением артериального давления вплоть

до коллаптоидного состояния. Осуществить титрование дозы представляется возможным из-за ограниченного временного интервала. Наиболее соответствуют этим требованиям суперселективные альфа-адреноблокаторы. Их действие основано на избирательной блокаде проведения импульса по альфа-адренорецепторам, которые в большом количестве расположены в простатическом отделе мочеиспускательного канала, шейке мочевого пузыря, меньше в стенке мочевого пузыря. Блокирование проходящего по ним нервного импульса приводит к снижению спазма мышечных элементов простаты, шейки мочевого пузыря, уменьшению динамического компонента инфравезикальной обструкции при ДГПЖ. Это способствует восстановлению мочеиспускания после удаления уретрального катетера. Клинико-фармакологический профиль силодозина раз имеет ряд особенностей и преимуществ, отвечающих указанным требованиям. Это уроселективность, прием 1 раз в сутки, стандартная дозировка 8 мг, не требующая коррекции у мужчин пожилого возраста. Следует отметить, что силодозин, можно принимать одновременно с ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа и гипотензивными препаратами, что имеет значение для многих пациентов пожилого или старческого возраста, получающих сопутствующую гипотензивную терапию или принимающих ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа. Эффективность силодозина в лечении ОЗМ при длительности стояния постоянного катетера в течение трех суток в двойном слепом рандомизированном исследовании составила 76,7%, в то время как в группе плацебо – 36,7% (S.Kim et al., 2013).

Понимание этого механизма действия альфа-адреноблокаторов не позволяет четко уяснить, что использование данных препаратов возможно только при ДГПЖ, рефлекторной ОЗМ, воспалительных заболеваниях предстательной железы. Их применение при ОЗМ вследствие стриктур уретры, сужения шейки мочевого пузыря, рака предстательной железы при ее тотальном поражении вряд ли целесообразно, поскольку в этих случаях основным фактором спазм мышечных элементов, обусловленный повышенной активностью альфа-адреноблокаторов.

При хронической полной задержке мочи (мочеиспускание невозможно, сильный позыва нет, а инфравезикальной обструкции (стриктуры) истончение и ослабление мочевого пузыря, как правило, переполнен (1 и больше). Обычно хронической полной задержке моче предшествует симптоматика, характеризующая наличие струи мочи, появление чувства неполного опорожнения мочевого пузыря и т.п.). Выявление этих симптомов у пациентов, которые поступили с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания, и результаты обследования (истончение емкости мочевого пузыря, истончение толщины стенки мочевого пузыря, наличие ложных дивертикулов при ультразвуковом исследовании) в отсутствие выраженной болезненности при пальпации мочевого пузыря на этом позволяют установить диагноз хронической полной задержки мочи.

мочеиспускания. Это в свою очередь является основанием для отведения мочи у этих пациентов сразу методом цистостомии, поскольку установка уретрального катетера, назначение альфа-адреноблокаторов в большинстве случаев неэффективно и не позволяет восстановить адекватное мочеиспускание после удаления катетера.

При восстановлении мочеиспускания после удаления катетера следует продолжить прием силодозина и добавить одновременно ингибиторы 5-альфа-редуктазы (А.В.Строцкий, 2011). При прогрессировании заболевания не смотря на лечение, пациенту предлагается хирургическое лечение. Поскольку ОЗМ является неблагоприятным фактором течения заболевания, пациентов после перенесенной ОЗМ даже при восстановленном мочеиспускании без остаточной мочи следует отнести в группу, подлежащую активному динамическому наблюдению и при необходимости расширять показания для планового хирургического лечения