

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Белый Л. Е.¹, Соловьев Д. А.²

¹ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия (432970, Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42), e-mail: lbely@yandex.ru

²ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть», Ульяновск, Россия (432008, Ульяновск, ул. Лихачева, 12), e-mail: solda81@mail.ru

Острая задержка мочи – патологическое состояние, обусловленное скоплением мочи в мочевом пузыре вследствие невозможности самостоятельного мочеиспускания. В статье рассмотрены вопросы этиологии спонтанной и спровоцированной острой задержки мочи, специфики клинической картины, диагностики и менеджмента больных с острой задержкой мочи при аденоме простаты. Освещены predisposing факторы к данному патологическому состоянию, основные принципы катетеризации мочевого пузыря, дана критическая оценка современным методам дренирования нижних мочевых путей на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи, роли применения альфа-адреноблокаторов в восстановлении самостоятельного мочеиспускания у пациентов с острой задержкой мочи. Дана оценка наиболее приемлемому способу, позволяющему избежать осложнений, связанных с катетеризацией мочевого пузыря после эпизода острой задержки мочи, – применению тактики наблюдения вслед за удалением катетера.

Ключевые слова: острая задержка мочи, доброкачественная гиперплазия простаты, трансуретральное дренирование, мочевой пузырь.

ACUTE URINARY RETENTION AT A BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA: MODERN VIEW ON A PROBLEM

Belyy L. E.¹, Solovev D. A.²

¹Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia (432970, Ulyanovsk, street Leo Tolstoy, 42), e-mail: lbely@yandex.ru

²Ulyanovsk Central Clinical Hospital, Ulyanovsk, Russia (432008, Ulyanovsk, street Lichachev, 12), e-mail: solda81@mail.ru

Acute urinary retention – the pathological condition caused by a clump of urine in a bladder owing to impossibility of an independent emission. In the article problems of spontaneous and provoked acute urinary retention's etiology, features of a clinical picture, diagnosis, management in patients with benign prostatic hyperplasia are considered. Predictors of acute urinary retention survey are taken up. Main principles of bladder's catheterization are formulated. Critical estimation of modern methods of lower urinary tract's drainage at a prehospita/hospital stages are resulted. In restoration of an urination at patients with a acute urinary retention the role of alfa-adrenoblocators is discussed. The assessment is given to the most acceptable way, allowing to avoid the complications bound to a catheterization of a bladder after an episode of an acute urinary retention, - application of tactics of trial without catheter (TWOC).

Key words: acute urinary retention, benign prostatic hyperplasia, transurethral drainage, bladder.

Острая задержка мочи – патологическое состояние, обусловленное скоплением мочи в мочевом пузыре вследствие невозможности самостоятельного мочеиспускания.

Врач скорой помощи чаще сталкивается с острой задержкой мочи у мужчин. По данным зарубежных исследователей [16,13], у 10 % мужчин в возрасте 60–70 лет в течение 5 лет возникает эпизод острой задержки мочи, а при 10-летнем наблюдении острая задержка мочи возникает у каждого третьего. Очевидно, это обусловлено особенностями анатомии мужской половой системы. Клинически наиболее важной

причиной развития острой задержки мочи у мужчин является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), встречающаяся у 50–70 % больных [9,12,22]. Fitzpatrick J. M., Kirby R. S. предлагают выделять 2 категории острой задержки мочи: эпизоды острой задержки мочи на фоне ДГПЖ и вследствие других причин [14].

Острую задержку мочи у больных с ДГПЖ рекомендовано разделять на спонтанную и спровоцированную. Последняя возникает после хирургических вмешательств, катетеризаций, анестезии, употребления лекарственных средств, обладающих симпатомиметической и антихолинергической активностью, антигистаминных средств [25]. К спровоцированной острой задержке мочи также относят острую задержку мочи после приема алкоголя и переохлаждения, задержку мочи при иммобилизации, трансуретральной термотерапии [17].

У больных ДГПЖ риск развития острой задержки мочи определяется объемом предстательной железы, уровнем простат-специфического антигена и выраженностью симптомов нижних мочевых путей [19]. Считается, что основными патогенетическими факторами, приводящими к острой задержке мочи при ДГПЖ, являются возникновение инфарктов в ткани предстательной железы, повышение α -адренергической активности. Spiro L.H. и соавт. [24] исследовали закономерности между наличием инфарктов в ткани простаты и развитием острой задержки мочи. При гистологическом исследовании аденоматозной ткани простаты больных, перенесших эпизод острой задержки мочи, инфаркты простаты наблюдались в 85 % случаев, в то время как в группе больных без указания на наличие в анамнезе острой задержки простаты инфаркты были обнаружены в 3 % случаев. О роли инфарктов простаты в патогенезе острой задержки мочи говорят и Megyeri J, Varga J. [21]. Однако Anjum I. и соавт. [7], выполнив подобное исследование, отмечают наличие инфарктов простаты соответственно в 1,9 % и 3 % случаев у больных с наличием в анамнезе острой задержки мочи и без нее.

Приводятся данные, что острая задержка мочи чаще возникает при преобладании в аденоматозной ткани эпителиального компонента. Так, по данным Saboorian M.H. и соавт. [23], у больных с острой задержкой мочи эпителиальный компонент аденоматозной ткани составлял 71 %, в то время как при отсутствии эпизодов острой задержки мочи эпителиальный компонент не превышал 60 %.

Клиническая картина острой задержки мочи достаточно специфична. Больные ведут себя очень беспокойно, жалуются на сильные боли в надлонной области, мучительные, нестерпимые позывы к мочеиспусканию, ощущение распирания внизу живота. Интенсивность позывов к мочеиспусканию постоянно увеличивается. Больные стонут от боли, принимая различные положения с надеждой помочиться. Чтобы ослабить

давление мышц передней брюшной стенки на перерастянутый мочевой пузырь, больные садятся на корточки. Некоторые давят на область мочевого пузыря, пытаются выдавить из себя скопившуюся мочу, мужчины сжимают половой член для уменьшения интенсивности позывов к мочеиспусканию. У некоторых больных можно наблюдать парадоксальную ишурию, когда больной не может самостоятельно помочиться, а моча непроизвольно выделяется по каплям через уретру. При острой задержке мочи часто возникают боли в промежности, в прямой кишке, пациентов беспокоят постоянные позывы к дефекации. Иногда у больных развивается парез кишечника с вздутием живота. Нередко пациенты с острой задержкой мочи доставляются в экстренные хирургические стационары с подозрением на острую кишечную непроходимость.

При осмотре у больных астенического телосложения определяется симптом «пузырного шара» – под кожей надлонной области четко контурируется переполненный мочевой пузырь. При большом объеме мочи в мочевом пузыре его верхняя граница достигает уровня пупка и выше. При пальпации живота в проекции мочевого пузыря определяется болезненность, сочетающаяся с усилением позыва к мочеиспусканию. Для определения границ мочевого пузыря выполняют его перкуссию. Перкуторно вследствие наполнения мочевого пузыря определяется притупление звука. Перкуссию проводят от пупка сверху вниз по средней линии, палец-плессиметр кладут параллельно лобку.

Наряду со сбором жалоб и объективным осмотром больного необходимо тщательно собрать анамнез заболевания. Необходимо выяснить, как пациент мочился до возникновения острой задержки мочи, какого цвета была моча, принимал ли пациент препараты, способствующие возникновению острой задержки мочи [2].

Ранее острую задержку мочи у больных ДГПЖ считали абсолютным показанием к оперативному лечению [3,4], в последние годы большинство авторов считает необходимой попытку восстановления самостоятельного мочеиспускания [10,18]. Известно, что оперативное вмешательство, выполненное на фоне острой задержки мочи, сопровождается высоким риском развития интраоперационных осложнений, необходимостью переливания крови, послеоперационными осложнениями, летальными исходами [9].

Сегодня первым этапом лечения является дренирование мочевого пузыря. В последние годы все более широкое распространение получает метод трансуретрального дренирования, выполнение которого возможно и на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи. Врач скорой помощи должен помнить, что противопоказаниями к катетеризации мочевого пузыря у мужчин являются острый уретрит и эпидидимоорхит, простатит, абсцесс простаты, травма уретры.

Вайнберг З. С. [1] при катетеризации мочевого пузыря выделяет ряд принципиальных условий, которые необходимо соблюдать:

1. Катетеризацию необходимо начинать с эластичных, лучше клювовидных катетеров типа Мерсье, Тимана.
2. Никогда не следует вводить катетер грубо, применяя насилие.
3. Снизить риск повреждения уретры позволит использование катетеров более толстого диаметра (Ch 18-22).
4. Выполнять катетеризацию мочевого пузыря металлическим катетером должен имеющий соответствующие навыки врач.
5. При безуспешности катетеризации и появлении уретроррагии манипуляция должна быть прекращена, а больного следует доставить в урологический стационар.

Если при продвижении катетера по мочеиспускательному каналу встречается непреодолимое препятствие целесообразно попытаться пропальпировать рукой кончик катетера. Это позволит установить локализацию препятствия.

Наиболее частыми причинами затрудненной катетеризации у мужчин являются: стриктура уретры в области ладьевидной ямки, стриктура губчатой или луковичной части уретры, спазм наружного сфинктера мочевого пузыря, контрактура шейки мочевого пузыря, ДГПЖ либо другие объемные процессы в простате.

При ДГПЖ удлиняется задняя уретра и увеличивается угол между ее простатическим и луковичным отделами [6]. Изменение конфигурации уретры затрудняет проведение по ней инструментов. При подозрении на наличие ДГПЖ необходимо использование катетера диаметром 16–20 Ch. Такой диаметр позволит с наименьшими трудностями преодолеть простатический отдел уретры. Иногда оказываются полезными катетеры с изогнутым кончиком. Известна методика катетеризации уретры вдвоем, когда катетер проводится обычным способом, в то время как ассистент помещает указательный палец в прямую кишку и пальпирует верхушку предстательной железы. Обычно конец катетера пальпируется чуть дистальнее верхушки. Нажатие указательным пальцем поднимает верхушку простаты, выпрямляя участок обструкции [11].

Если катетеризация мочевого пузыря эластичными катетерами не увенчалась успехом необходимо использовать металлический катетер. Однако проводить катетеризацию мочевого пузыря у мужчин металлическим катетером может лишь врач-уролог. Катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером сопряжена с риском повреждения уретры, опасностью формирования ложного хода. Ложные ходы чаще всего образуются парауретрально, в аденоматозной ткани предстательной железы, между

хирургической капсулой простаты и прямой кишкой. Появление уретроррагии требует прекращения манипуляции. Безуспешная катетеризация мочевого пузыря заставляет прибегнуть к альтернативным вариантам отведения мочи – троакарной цистостомии или интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря, что требует доставки пациента в экстренный урологический стационар.

Horgan A. F. и соавт. [15] изучены результаты трансуретрального дренирования мочевого пузыря и дренирования с помощью цистостомического дренажа у больных с острой задержкой мочи. У больных с трансуретральным дренажом частота развития инфекционно-воспалительных осложнений была значительно выше, чем у пациентов с цистостомой (40 % и 18 %, соответственно). Кроме того, у пациентов с трансуретральным дренированием мочевого пузыря высока вероятность развития стриктур мочеиспускательного канала.

Очевидно, что у пациентов с длительной постоянной катетеризацией мочевого пузыря повышается риск бактериальной колонизации мочевых путей с возможным развитием инфекционно-воспалительных процессов, гипертермии, острого пиелонефрита и бактериемии. Наиболее приемлемым способом избежать осложнений, связанных с катетеризацией мочевого пузыря после эпизода острой задержки мочи, является применение тактики наблюдения вслед за удалением катетера (trial without catheter, TWOC).

Desgrandchamps F. и соавт. [8] приводит результаты лечения 2618 пациентов с острой задержкой мочи на фоне ДГПЖ. У 1875 (71,6 %) пациентов возникла спонтанная задержка мочи, у остальных 743 (28,4 %) острая задержка мочи была спровоцированной. С целью восстановления мочеиспускания TWOC предпринято у 72,8 % больных. После 3-х дневной катетеризации восстановление мочеиспускания произошло в 50,2 % случаев. При отсутствии мочеиспускания после 3-х дневного трансуретрального дренирования у 33,4 % предпринята повторная попытка (39,9 % со спровоцированной острой задержкой мочи и 30,2 % со спонтанной острой задержкой мочи). В целом самостоятельное мочеиспускание после повторной попытки его восстановления отмечено у 25,9 % больных. Авторы отмечают, что осуществлять трансуретральное дренирование более 3-х дней нецелесообразно из-за развития целого ряда негативных эффектов. Однако вероятность восстановления самостоятельного мочеиспускания зависит от сроков дренирования. Так, в другом исследовании после однократной катетеризации мочеиспускание восстанавливалось в 44 %, после катетеризации в течение 2 суток в 51 %, а при катетеризации в течение 7 суток – в 62 % [9].

Восстановление самостоятельного мочеиспускания наиболее вероятно у больных со спровоцированной острой задержкой мочи в возрасте до 65 лет, с высоким внутрипузырным давлением (более 35 см вод. ст.), при эвакуации менее чем 1 литра мочи [13].

Сочетать TWOC с назначением α -адреноблокаторов патогенетически оправдано, поскольку известно, что предстательная железа имеет обильную α -адренергическую иннервацию. Стойкий спазм гладкомышечных элементов ткани предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры вследствие повышения активности α -адренорецепторов лежит в основе динамического компонента инфравезикальной обструкции. Стимуляция α -адренорецепторов простаты, вызванная перерастяжением детрузора, наряду с вторичным снижением внутрипузырного давления, приводит к развитию и сохранению острой задержки мочи. Применение α -адреноблокаторов позволяет снизить тонус гладкомышечной ткани. α -адреноблокаторы обладают двойным механизмом действия на мочевой пузырь: миотропным, заключающемся в расслаблении шейки мочевого пузыря и задней уретры, уменьшении уретрального сопротивления, и сосудистым – за счет вазодилатации улучшается органное кровоснабжение, что ведет к восстановлению сократительной активности детрузора [5].

Desgrandchamps F. и соавт. [8] отмечает, что при приеме α -адреноблокаторов мочеиспускание восстанавливается у 53% больных, в то время как у больных, не принимавших α -адреноблокаторы, самостоятельное мочеиспускание возникает не более чем в 39% случаев. McNeill S.A. [20] установил, что ежедневный прием 10 мг альфузозина при острой спонтанной задержке мочи позволяет улучшить результаты TWOC (мочеиспускание восстанавливалось в 61,9% случаев при приеме альфузозина и 47,9 % случаев при приеме плацебо).

Таким образом, в последние годы у пациентов с острой задержкой мочи на фоне ДГПЖ все большее распространение получают методы восстановления самостоятельного мочеиспускания, заключающиеся в сочетанном использовании трансуретрального дренирования мочевого пузыря и медикаментозной терапии α -адреноблокаторами. В связи с этим, очевидно, что в ближайшее время возрастет роль врача скорой помощи в менеджменте больных с этой острой патологией. Знание врачами скорой помощи вопросов этиопатогенеза острой задержки мочи при ДГПЖ, владение техникой катетеризации мочевого пузыря и знание практических тонкостей и нюансов этой манипуляции, а также осведомленность о принципах медикаментозной терапии этого патологического состояния позволят улучшить результаты лечения.

Список литературы

1. Вайнберг З. С. Неотложная урология / З.С. Вайнберг. – М.: Московский рабочий, 1997. – 206 с. (19)
2. Верткин А. Л. Острая задержка мочеиспускания: алгоритм неотложной помощи / А. Л. Верткин // Справочник поликлинического врача. – 2006. – Т.4, № 3. – С.7–10. (14)
3. Клепиков Ф. А. Неотложная помощь в урологии / Ф. А. Клепиков. – Киев: Здоровья, 1988. – 160 с. (15)
4. Лопаткин Н. А. Неотложная аденомэктомия и трансуретральная электрорезекция аденомы предстательной железы / Н. А. Лопаткин, Д. В. Антипов, В. Я. Симонов // Урол. и нефрол. – 1982. – № 2. – С.3–7. (16)
5. Лоран О. Б. Влияние доксазозина на функцию мочевого пузыря у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / О. Б. Лоран, Е. Л. Вишневский, А. Е. Вишневский [и др.] // Урология. – 2000. – №2 (приложение). – С.14–19.(24)
6. Пытель Ю. А. Неотложная урология / Ю. А. Пытель, И. И. Золотарев. – М.: Медицина, 1985. – 320 с. (20)
7. Anjum I. Prostatic infarction/infection in acute urinary retention secondary to benign prostatic hyperplasia /I. Anjum, M. Almed, A. Azzopardi [et al.] // J. Urol. – 1998. – Vol. 160. – P.792–793. (12)
8. Chen H., Sola J.E., Lillemoe K.D, eds. Manual of Common Bedside Surgical Procedures. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1996:106–122. (21)
9. Choong S. Acute urinary retention / S. Choong, M. Emberton // BJU International.– 2000. – Vol.85. – P.186.–201. (5)
10. Desgrandchamps F. The management of acute urinary retention in France: a cross-sectional survey in 2618 men with benign prostatic hyperplasia / F. Desgrandchamps, A. De La Taille, J. D. Doublet; RetenFrance Study Group // BJU International. – 2006. – Vol.97 (4).– P.727–733. (17)
11. Djavan B. Does prolonged catheter drainage improve the chance of recovering voluntary voiding after acute urinary retention? / B. Djavan, S. Chariat, M. Omar // Eur. Urol. – 1998. – Vol.33 (Suppl.). – P.110. (23)
12. Elhilali M. Management of acute urinary retention (AUR) in patients with BPH. A worldwide comparison / M. Elhilali, G. Vallancien, M. Emberton // J. Urol. – 2004. – Vol.171. – P.407. (3)
13. Emberton M. Acute urinary retention in men: an age old problem /M. Emberton, K. Anson // BMJ. – 1999. – Vol.318. – P.921–925. (2)
14. Fitzpatrick J. M. Management of acute urinary retention / J. M. Fitzpatrick, R. S. Kirby // BJU International. – 2006. – Vol. 97 (Suppl 2). – P.16–20. (6)

15. Horgan A. F. Acute urinary retention. Comparison of suprapubic and urethral catheterization / A.F. Horgan, B. Prasad, D.J. Waldron [et al.] // Br. J. Urol. – 1992. – Vol.70. – P. 149–151. (22)
16. Jacobsen S. J. Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention / S. J. Jacobsen, D. J. Jacobson, C. J. Girman [et al.] // J. Urol. – 1997. – Vol.158 (2). – P.481–487. (1)
17. Lepor H. Managing and preventing acute urinary retention / H. Lepor // Rev. in Urol. – 2005. – Vol.7 (Suppl.8). – P.26–33. (8)
18. Manikandan R. Management of acute urinary retention secondary to benign prostatic hyperplasia in the UK: a national survey / R. Manikandan, S.J. Srirangam, P.H. O'Reilly [et al.] // BJU International. – 2004. – Vol.93(1). – P.84–88. (18)
19. McConell J.D. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia / J.D. McConnell, R. Bruskewitz, P. Walsh [et al.] for the Finasteride Long–Term Efficacy and Safety Study Group. // N. Engl. J. Med. – 1998. – Vol.338. – P. 557–563. (9)
20. McNeill S.A. The role of alpha-blockers in the management of acute urinary retention caused by benign prostatic obstruction / S.A. McNeill // Eur. Urol. – 2004. – Vol.4. – P. 325–332. (25)
21. Megyeri J. Prostatic infarction / J. Megyeri, J. Varga // Int. Urol. Nephrol. – 1975. – Vol.7(4). – P.315–319. (11)
22. Murray K. Acute urinary retention – a urodynamic assessment /K. Murray, A. Massey, R.C. Feneley // Br. J. Urol. – 1984. – Vol.56. – P.468–473. (4)
23. Saboorian M.H. Morphometric analysis of pathological specimens in men undergoing prostate surgery for acute retention or symptoms of BPH only / M.H. Saboorian, E.J. Gurevitch, F. Salinger [et al.] // J. Urol. – 1998. – Vol.159. – P.108. (13)
24. Spiro L.H. Prostatic infarction. Role in acute urinary retention /L.H. Spiro, G. Labay, L.A. Orkin // Urology. – 1974. – Vol.3. – P. 345–347. (10)
25. Roehrborn C.G. The epidemiology of acute urinary retention in benign prostatic hyperplasia / C.G. Roehrborn // Rev. in Urol. – 2001. – Vol.3 (4). – P.187–192. (7)

Рецензенты:

Мидленко Владимир Ильич, д.м.н, профессор, директор Института медицины экологии и физической культуры УлГУ, г. Ульяновск.

Чарышкин Алексей Леонидович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии УлГУ, г. Ульяновск.