

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Ф. Трапезникова, К.В. Поздняков
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Острая задержка мочи (ОЗМ) является частым осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГП). Так, частота развития данного осложнения в Московской области составляет 3,02 случая на 1000 мужчин старше 50 лет в год, а 44,5% пациентов, госпитализируемых в урологические стационары региона по поводу ДГП, имеют ОЗМ [3]. В структуре оперативных вмешательств, проводимых по поводу ДГП, 47,4% принадлежит цистостомиям [3]. Помимо этого, в ряде районов региона происходит увеличение числа пациентов с длительно существующими мочепузырными свищами [3]. Это обуславливает необходимость, прежде всего, активных профилактических мероприятий у мужчин старше 50 лет и улучшения диагностической и лечебной тактики у пациентов с развившейся ОЗМ.

Симптоматика ОЗМ при ДГП состоит из жалоб больного на невозможность помочиться, боли различной интенсивности над лоном, чувство переполнения мочевого пузыря. Физикальные методы обследования – перкуссия и пальпация мочевого пузыря – дают четкое представление о степени его увеличения, за исключением случаев, когда у пациента имеется выраженная полнота. Пальцевое ректальное исследование является обязательным методом исследования пациента с подозрением на ОЗМ, т.к. позволяет судить о степени увеличения предстательной железы, наличии изменений органа, характерных для ДГП, заподозрить такие заболевания, как острый простатит, рак предстательной железы, абсцесс простаты и другие. Следует отметить, что этот метод исследования не всегда бывает информативным и не всегда позволяет с уверенностью диагностировать ДГП как причину ОЗМ. Наиболее оптимальным, неинвазивным, информативным исследованием является ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевой системы, которое помогает, прежде всего, установить главный диагностический критерий ОЗМ – наличие большого количества мочи в мочевом пузыре. Другими задачами данного метода исследования являются: подтверждение наличия ДГП с определением объема простаты, оценка анатомо-функционального состояния верхних мочевых путей (наличие или отсутствие дилатации чашечно-лоханочной системы и мочеточников), исключение других урологических заболеваний, которые могут явиться причиной ОЗМ. Сонографическое исследование у пожилых мужчин с подозрением на ОЗМ должно быть обязательным.

При невозможности выполнения УЗИ и сомнениях в диагнозе ОЗМ диагностической процедурой является катетеризация мочевого пузыря, одновременно служащая лечебной опцией. Катетеризация мочевого пузыря позволит не только убедиться в правильности постановки диагноза и дифференцировать ОЗМ от анурии, но и оценить объем задержки (количество мочи, находящееся в мочевом пузыре при возникновении ОЗМ), что может послужить прогностическим критерием успеха проведения консервативных мероприятий, направленных на восстановление мочеиспускания. По данным литературы, при количестве эвакуированной мочи, не превышающем 800-1000 мл, мочеиспускание после удале-

ния постоянного катетера восстанавливается у 72% пациентов, а при количестве мочи, превышающем 1000 мл, – у 5,5% [4].

Помимо вышеперечисленных методов исследования, пациенту с ОЗМ необходимо провести следующие лабораторные исследования:

- общий анализ мочи – для определения функционального состояния почек и оценки степени выраженности возможных воспалительных изменений в мочевых путях;
- посев мочи – для определения степени обсемененности мочевых путей микрофлорой и подбора адекватной антибактериальной терапии;
- клинический анализ мочи, позволяющий оценить состояние гомеостаза пациента;
- биохимический анализ крови и, прежде всего, определение уровня креатинина крови, позволяющий судить о наличии у пациента почечной недостаточности.

Простатспецифический антиген крови не является обязательным методом исследования. Он может быть повышен при ОЗМ, однако слишком высокое его увеличение может служить диагностическим критерием рака предстательной железы.

Пациентам с ДГП и ОЗМ обязательно проведение методов обследования состояния сердечно-сосудистой системы: измерение артериального давления, которое в связи с развитием ОЗМ (за счет болевого симптома и нарушения почечной гемодинамики) может повыситься, и выполнение ЭКГ-исследования, позволяющего исключить у пациента серьезные кардиологические заболевания. Учитывая, что у пациентов с ОЗМ в 98% случаев имеются сопутствующие заболевания, в основном, сердечно-сосудистой системы [3]; им необходимо наблюдение кардиолога или терапевта для оценки его соматического статуса и назначения или коррекции получаемого ранее лечения сопутствующих заболеваний.

Термометрия может служить методом обследования, позволяющим заподозрить у пациента развитие воспалительных изменений в мочевой системе (острый пиелонефрит, острый простатит).

Таким образом, установление диагноза ОЗМ при правильной тактике обследования не представляет больших затруднений. Несколько более сложным является выявление причины ОЗМ. ДГП как причину ОЗМ следует дифференцировать от заболеваний центральной нервной системы органического и функционального характера, неврологических заболеваний, при которых механически сдавливаются шейка мочевого пузыря и мочеиспускательный канал (каловый камень, копростаз, парапроктит), некоторых урологических заболеваний: рак, склероз, абсцесс предстательной железы, паренхиматозный простатит; камни, инородные тела, опухоли, травмы, дивертикулы, тампонада сгустками крови, склероз шейки мочевого пузыря; стриктуры, облитерации, травмы, камни, инородные тела, опухоли уретры, острый уретрит; гангрена, флегмона, опухоли полового члена, периуретральный абсцесс; уретероцеле больших размеров [2].

Начальное лечение ОЗМ заключается в быстром устранении задержки мочи и сопутствующего болевого синдрома. Этой цели служит дренирование мочевого пузыря, которое может быть выполнено двумя путями: трансуретральным (катетеризация) и надлобковым (цистостомия).

Несколько десятилетий назад уретральная катетеризация рассматривалась как процедура, хоть и лишенная каких-либо возможных осложнений при установке катетера, но имеющая крайне высокую степень инфицирования мочевых

путей (по различным данным – 30-70%, в отличие от 8-18% при цистостомии), а также возможность развития такого серьезного осложнения при длительном стоянии катетера, как стриктура уретры (17%) [5, 6]. Однако в настоящее время длительность катетеризации становится все меньше, материал катетера – более совершенным, активно применяется антибактериальная терапия, что сводит количество воспалительных осложнений к минимуму. По данным урологической клиники МОНИКИ, при правильно поставленных показаниях к выполнению метода и одновременном проведении адекватной антибактериальной терапии осложнения (в основном, воспалительного характера) встречаются у 7% пациентов при интермиттирующей катетеризации, и у 8,8% – при постоянной катетеризации [3]. Эффективность консервативных мероприятий (катетеризация с одновременным применением альфа-адреноблокаторов и антибактериальных препаратов) в восстановлении мочеиспускания у пациентов с ОЗМ может достигать 82-94,1% [1, 3].

Мы рекомендуем следующий алгоритм лечения пациентов с ОЗМ. В качестве первой линии лечебных действий должна выполняться катетеризация мочевого пузыря (интермиттирующая или постоянная) на срок, не превышающий 7 суток, с одномоментным назначением пациенту альфа-адреноблокаторов (альфузозин, тамсулозин как не требующие подбора дозы) и антибактериальных препаратов, тропных к ткани предстательной железы (доксциклин, макролиды, фторхинолоны). При восстановлении мочеиспускания после удаления катетера решается вопрос о необходимости оперативного лечения или продолжения медикаментозной терапии и наблюдения пациента. Если мочеиспускание не восстановилось и имеются противопоказания к выполнению оперативного вмешательства или изначально есть показания к цистостомии (необходимость длительной подготовки больного к оперативному лечению, наличие острых воспалительных изменений в уретре или половых органах, повреждение уретры различного генеза, развитие выраженного нарушения уродинамики верхних мочевых путей), то рекомендуется выполнение пункционной цистостомии под контролем УЗИ, позволяющей в режиме реального времени наблюдать ход операции. Данный вид цистостомии выполняется под местной анестезией троакарным способом или по методу Сельдингера (диаметр трубки дренажа 7-10 Ch).

В последующем проводится предоперационная подготовка, которая не должна превышать 2 месяцев из-за возникающих в стенке пузыря морфологических изменений и резкого ухудшения функций детрузора. Если у пациента оперативное лечение выполнить невозможно из-за тяжелого соматического статуса, то в условиях стационара после исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса (цистографии), а также выраженной инфравезикальной обструкции, являющихся противопоказаниями к применению метода, можно попытаться провести консервативное закрытие цистостомы. Пациенту на фоне приема альфа-адреноблокаторов и антибиотиков проводится пережатие цистостомического дренажа с попытками мочеиспускания. При восстановлении приемлемого мочеиспускания дренажная трубка удаляется. При отсутствии эффекта от лечения показано применение уретрального стента.

Эффективность различных видов оперативного лечения пациентов с ОЗМ (аденомэктомия, трансуретральная резекция простаты, лазерные эндоскопические методы) и частота послеоперационных осложнений приблизительно одинаковы. Однако ТУРП является более предпочтительной в связи с меньшей травматичностью и, соответственно, меньшим послеоперационным койко-днем [3].

Соблюдение правильной тактики в проведении диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с ОЗМ, возникшей на фоне ДГП, позволяет улучшить эффективность лечения и снизить количество осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев В.В., Ракутин К.В., Беляев Д.В. и др. // Материалы 10 Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 76-77.
2. Горюнов В.Г., Давидов М.И. // Урология. – 1994. – №4. – С.44-48.
3. Поздняков К.В. Острая задержка мочи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 164 с.
4. Adel M., Philip T., Matthew F. et al. // Abstracts from the XIIIth Congress of the EAU. – Barcelona, 1998. – P. 620.
5. Brancato T., Alvaro R. // Abstracts from the XIVth Congress of the EAU. Stockholm, 1999. – P. 128.
6. Horgan A., Prasad B., Waldron D. et al. // Brit. J. Urol. – 1992. – V.70, №2. – P.149-51.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ВАРИКОЦЕЛЕ

И.В. Харченко, В.М. Чекмарев, А.Е. Машков

Видновская районная больница, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

В настоящее время демографическая ситуация в России, как и в подавляющем большинстве развитых стран, характеризуется прогрессивным падением рождаемости и высоким уровнем смертности. Помимо комплекса социальных причин, поддерживающих кризисное состояние демографии, огромную роль играет прогрессивное ухудшение состояния репродуктивного здоровья населения. ВОЗ вкладывает в это понятие состояние полного физического, психического и социального благополучия, обеспечивающее возможность вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании со способностью воспроизводить здоровое потомство в количестве и сроки, определенные самим индивидуумом. А между тем, частота первичного бесплодия в браке продолжает прогрессивно расти. Так, по выборочным данным, бесплодным является каждый 6 брак в России. При этом примерно половина случаев бесплодия причинно обусловлена мужской составляющей.

Одной из наиболее частых причин мужского бесплодия является варикоцеле. Среди страдающих бесплодием число больных с варикоцеле составляет 14-39%.

По данным ВОЗ (1992), варикозное расширение вен гроздевидного сплетения и семенного канатика встречается в мужской популяции в 36% наблюдений. В 40-90% случаев варикоцеле сопровождается нарушением сперматогенеза. Нарушение фертильности у взрослых больных варикоцеле выявлено в 20-83% наблюдений, а среди страдающих бесплодием семейных пар больные варикоцеле составляют от 30 до 40%.

С 2002 по 2006 г. в Видновской районной больнице по поводу варикоцеле оперированы 110 детей в возрасте от 9 до 18 лет (табл. 1). Варикоцеле выявлялось при плановых осмотрах в школах, детской поликлинике. Все больные были обследованы амбулаторно. Проводились следующие исследования: визуальный осмотр, УЗИ мошонки и доплерография гроздевидного сплетения и тестикулярной вены, а с 13-14 лет спермограмма (по информированному согласию родителей).