

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Киев, Морион; 2003.
2. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М., Медицина; 1989.
3. Насонова В.А. Остеоартроз коленного сустава: причины развития, диагностика и профилактика. Consilium Medicum 2003;5(2): 90—5.
4. Насонова В.А., Насонов Е.Л. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. М., Литтерра; 2003.
5. Loyau G., Pujol J.P. The role of cytokines in the development of osteoarthritis. Scand J Rheumatol Suppl 1990;81:8—12.
6. Козловская Л.В., Мухин Н.А., Рамеев В.В. и др. Потенцированные антитела к фактору некроза опухоли при ревматоидном артрите. Бюл экспер биол 2003;135(Прил 1):152—4.
7. Петров В.И., Бабаева А.Р., Черевкова Е.В. и др. Сверхмалые дозы антител к фактору некроза опухоли альфа (препарат «Артофоон»): эффективность при лечении больных ревматоидным артритом. Бюл экспер биол 2003; 135 (Прил 1):155—8.
8. Бадюкин В.В., Корсакова Ю.Л. Терапевтическая активность и безопасность артрофоона при псориатическом артрите. Consilium Medicum 2006;8(8):126—30.
9. Алиханов Б.А. Артрофоон в лечении
- остеоартроза. Клин геронтол 2004;10(12):63—6.
10. Алиханов Б.А. Артрофоон в лечении остеоартроза. Клин геронтол 2006;12(2):51—4.
11. Алиханов Б.А., Мельникова С.Ю. Артрофоон в лечении хронических гепатитов и циррозов печени различной этиологии. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2006;(1):11.
12. Осадчук М.А., Осадчук А.М. Новый метод терапии нетяжелых форм неспецифического язвенного колита артрофооном. В кн.: Клинические исследования лекарственных средств в России. Материалы конференции. М.; 2004.

РОЛЬ α -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

И.В. Лукьянов, С.В. Котов

Кафедра урологии и хирургической андрологии ГОУ ДПО
Российской медицинской академии последипломного образования, Москва

Контакты: Сергей Владиславович Котов urokotov@mail.ru

Ключевые слова: острая задержка мочи, альфа-адреноблокаторы, послеоперационный период

Введение

Острая задержка мочи (ОЗМ) — острая урологическая патология, характеризующаяся внезапной и в большинстве случаев болезненной невозможностью самостоятельного мочеиспускания. Безболезненная острая задержка мочи — состояние редкое и обычно сопровождается патологией центральной нервной системы. Около 10% мужчин старше 70 лет испытывают эпизод ОЗМ на протяжении пяти лет [1]. Ранее ОЗМ являлась абсолютным показанием к выполнению аденомэктомии [2]. Пациенты, у которых ОЗМ разрешилась консервативно, имеют высокий риск оперативного лечения на протяжении последующего года [3]. Пациенты, подвергшиеся аденомэктомии сразу же после ОЗМ, чаще имеют послеопе-

рационные осложнения, у них повышен риск смерти во время операции и в послеоперационном периоде [4].

Этиология ОЗМ

Причины, вызывающие ОЗМ, можно разделить на три основные группы. К первой группе относятся причины, ухудшающие отток мочи из мочевого пузыря по мочеиспускательному каналу: механическая обструкция вследствие наличия стриктуры уретры или увеличенных гиперплазированных узлов предстательной железы, или динамическая обструкция вследствие повышенного тонуса гладких и/или поперечнополосатых мышечных волокон. Ко второй группе относятся состояния, приводящие к перерастяжению мочевого пузыря. Последнее возможно во время проведе-

ния общей анестезии при отсутствии дренирования мочевого пузыря, длительного путешествия или при запоре, либо вследствие приема лекарственных препаратов (антихолинэргические препараты, опиоиды). К третьей группе относятся причины, вызывающие нарушение сенсорной и/или моторной иннервации стенки мочевого пузыря или детрузора. Наиболее часто это встречается при патологии центральной или периферической нервной системы.

В некоторых случаях ОЗМ является следствием триггерного воздействия. Таким воздействием может быть хирургическая операция, значительный прием жидкости (особенно алкоголя, который действует как симпатический стимулятор), инфекция нижних мочевых путей, либо прием медикаментов с симпатомиметическим или антихолинэргическим действием (табл. 1). Однако в большинстве случаев ОЗМ является результатом прогрессии доброкачественной гиперплазии предстательной железы и в таких случаях называется «спонтанной».

К. Murray и соавт. [6] проанализировали причины ОЗМ у 310 пациентов за двухлетний период (табл. 2). Похожие данные были получены в Proscar Long-term Efficacy and Safety Study (PLESS), в котором около половины случаев ОЗМ являлись «спонтанными» и были связаны с наличием доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и отсутствием других возможных причин [7].

Патогенез ОЗМ

Предполагается, что инфаркт предстательной железы играет роль в патогенезе ОЗМ [8], но это мнение разделяют не все урологи. А. Tuncel и со-

авт. [9] сообщили о частоте распространения инфаркта и воспаления предстательной железы у пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и ОЗМ и только СНМП, подвергшихся операциям на предстательной железе. Частота инфаркта предстательной железы была статистически недостоверна, а частота ее воспаления составила 54,7% у мужчин с ОЗМ и 28,9% у мужчин только с СНМП [9].

Предстательная железа и частично ее капсула богаты α -адренэргическими рецепторами. Повышенная стимуляция α -адренорецепторов приводит к повышению интрауретрального давления и может быть причиной развития ОЗМ. Через данный патогенетический путь может реализоваться большинство вышеперечисленных этиологических причин ОЗМ.

Факторы риска ОЗМ

На сегодняшний день имеется несколько крупных исследований, посвященных изучению факторов риска возникновения «спонтанной» ОЗМ (табл. 3).

Наличие СНМП с IPSS (international prostate index score) более 7, максимальной скоростью потока мочи менее 12 мл/с, увеличением предстательной железы более 30 см³ повышает риск возникновения ОЗМ более чем в 3 раза [1]. Наличие остаточной мочи более 50 мл связано с увеличением риска развития ОЗМ до 3 раз на протяжении четырех лет [10]. При изучении группы плацебо в большом фармакологическом исследовании увеличение предстательной железы и СНМП, а также уровень простатического специфического антигена (ПСА) были самыми сильными прогностическими факторами как для воз-

Таблица 1. Причины ОЗМ у 170 мужчин с симптомами нижних мочевых путей в Европе, Латинской Америке, на Ближнем Востоке, в Азии и Канаде [5]

Причина	Доля, %
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (спонтанная ОЗМ)	64,8
После операции	13,1
Значительный прием жидкости	12,5
Прием медикаментов	2,8
Инфекция нижних мочевых путей	2,3
Уролитиаз	1,7
Острые медицинские состояния	1,7
Посттравматические состояния	1,1

Таблица 2. Этиология ОЗМ у 310 пациентов [6]

Этиология	Доля, %
ДГПЖ	53,0
Запор	7,5
Аденокарцинома предстательной железы	7,0
Стриктура уретры	3,5
Тампонада мочевого пузыря	3,0
Неврологические нарушения	2,0
Послеоперационная	2,0
Конкременты	2,0
Лекарства	2,0
Инфекция	2,0
Смешанная/неизвестно	16,0

никновения ОЗМ, так и необходимости в проведении операции на предстательной железе [11].

Тактика ведения больных с ОЗМ

Первичное ведение больного с ОЗМ заключается в немедленном отведении мочи из мочевого пузыря посредством уретрального катетера или надлобкового дренажа. В повседневной практике большинство урологов предпочитают применение уретрального катетера. На восстановление самостоятельного мочеиспускания в период после удаления уретрального катетера влияют возраст пациента (моложе 65 лет), высокое давление детрузора (> 35 см водн. ст.), объем дренированной мочи во время катетеризации менее 1 л, а также более длительное дренирование мочевого пузыря [12]. В то же время катетеризация более трех дней ассоциирована с такими осложнениями как бактериурия, гематурия, уросепсис, подтекание мочи мимо катетера [13]. Наиболее частыми микроорганизмами, обнаруживаемыми в моче при длительной катетеризации, являются *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Providencia stuartii* и *Morganella morganii* [14]. С целью повышения частоты восстановления самостоятельного мочеиспускания без удлинения времени дренирования мочевого пузыря уретральным катетером в повседневную практику вошло применение α -адреноблокаторов как патогенетически обоснованной и быстродействующей группы препаратов. Существует несколько теоретических обоснований применения α -адреноблокаторов сразу после развития ОЗМ. У пациентов, страдающих ДГПЖ, ОЗМ является следствием резкой стимуляции α -адренорецепторов, что приводит к увеличению тонуса гладкомышечной ткани в предстательной железе, ее капсуле, уретре и шейке мочевого пузыря. Также α -адреноблокаторы положительно влияют и на мочевой пузырь, улучшая трофику детрузора. α -Адреноблокаторы альфузозин и тамсулозин являются функционально уроселективными, положительно влияя на скорость мочеиспускания и клиническую картину ДГПЖ/СНМП без значимых кардиоваскулярных эффектов [15, 16]. В табл. 4 представлены результаты применения данных α -адреноблокаторов у пациентов с ОЗМ.

Альфузозин является единственным α -адреноблокатором, подтвердившим преимущество его применения в сравнении с плацебо у пациентов с ОЗМ в рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании Alfuzosin in Acute Urinary Retention (ALFAUR) [21], в которое вошли 360 пациентов с первым эпизодом ОЗМ, связанной с ДГПЖ. В данном исследовании применение альфузозина в дозе 10 мг однократно в день достоверно улучшило процент восстановления самостоятельного мочеиспускания после катетеризации мочевого пузыря на протяжении 3 дней (62 против 48% в группе плацебо; $p=0,012$). Доля больных с восстановлением самостоятельного мочеиспускания среди пациентов старше 65 лет и пациентов с объемом выпущенной мочи более 1000 мл также была больше в группе альфузозина по сравнению с группой плацебо (56 против 36%; $p=0,03$ и 53 против 36%; $p<0,05$ соответственно).

Таблица 4. Эффективность α -адреноблокаторов при восстановлении самостоятельного мочеиспускания после удаления уретрального катетера у пациентов со спонтанной ОЗМ

Исследование	Препарат	Число больных	Доля больных с восстановлением мочеиспускания α -адреноблокатор	Плацебо	p
E. Bowden и соавт. [17]	Тамсулозин	49	63,0	37,0	Н/д
M. Lucas и соавт. [18]	То же	141	48	26	0,011
T. Shah и соавт. [19]	Альфузозин	62	50,0	57,0	Н/д
S. McNeill и соавт. [20]	То же	81	55,0	29,0	0,03
S. McNeill и соавт. [21]	«-»	360	62	48	0,012

Примечание. Н/д — недостоверные различия.

Таблица 3. Факторы риска развития ОЗМ

Параметр	Значение
Возраст, годы	> 70
ДГПЖ/увеличение предстательной железы, см ³	> 30
Qmax, мл/с	< 12
IPSS, баллы	> 7
Объем остаточной мочи, мл	>50
Уровень общего ПСА в крови, нг/мл	Норма менее 4 (для мужчин моложе 55 лет — 2,5)

Примечание. Qmax — максимальная скорость потока мочи по данным урофлоуметрии.

Преимущества альфузозина были также продемонстрированы во французском обзоре, посвященном ведению больных с ОЗМ [13]. Из 1906 пациентов 1505 (79%) получали α -адреноблокатор (альфузозин — 76%). Самостоятельное мочеиспускание восстановилось после удаления катетера у 53% мужчин, получавших α -адреноблокатор, по сравнению с 39,6% без медикаментозной терапии ($p < 0,001$).

Применение α -адреноблокаторов позволяет избежать необходимости выполнения экстренной операции. Дальнейшее их применение позволяет также предотвратить клиническую прогрессию ДГПЖ. Данному вопросу была посвящена вторая фаза исследования ALFAUR [22], в котором приняли участие 165 пациентов с восстановившимся самостоятельным мочеиспусканием, которые были рандомизированы на 2 группы. Пациенты 1-й группы ($n=82$) принимали альфузозин 10 мг 1 раз в день, 2-й — плацебо. Спустя 6 мес наблюдения 24,1% пациентов из группы плацебо и 17,1% из группы альфузозин подверглись хирургическому лечению ДГПЖ, преимущественно в связи с повторной ОЗМ. Необходимость проведения оперативного лечения была достоверно ниже в группе альфузозина на протяжении первых трех месяцев. К концу шести месяцев наблюдения разница была статистически недостоверна.

Влиянию на прогрессию ДГПЖ при длительном использовании α -адреноблокатора было посвящено исследование Alfuzosin Long-Term Efficacy and Safety Study (ALTESS) [23]. В данном исследовании 1522 мужчины с риском прогрессии ДГПЖ были рандомизированы на 2 группы. Больные 1-й группы ($n=759$) принимали альфузозин 10 мг, 2-й ($n=763$) — плацебо на протяжении двух лет. По результатам исследования прием альфузозина не уменьшал риск ОЗМ (2,1% в группе альфузозина против 1,8% в группе плацебо), но уменьшал риск оперативного лечения (5,1 против 6,5%; $p=0,18$) и достоверно уменьшал клиническую симптоматику (11,7 против 16,8%; $p=0,0013$).

Профилактика ОЗМ в послеоперационном периоде

Профилактика ОЗМ является актуальным вопросом любого хирургического стационара. По данным разных авторов, ОЗМ в раннем послеоперационном периоде встречается у 4—25% пациентов общехирургического профиля. При операциях на аноректальной области частота ОЗМ может достигать 50%, а при выполнении герниопластики — до 59% [24].

Послеоперационная ОЗМ является полиэтиологическим осложнением. К причинам относятся механический компонент инфравезикальной обструкции вследствие наличия ДГПЖ или стрикту-

ры уретры, динамический компонент инфравезикальной обструкции вследствие активизации β -адренорецепторов, обусловленной выбросом катехоламинов, что в свою очередь приводит к спазму гладкой мускулатуры предстательной железы, шейки мочевого пузыря и уретры. Эпидуральная или спинальная анестезия может приводить к подавлению рефлекса мочеиспускания за счет блокады афферентных и эфферентных парасимпатических сигналов, проходящих по корешкам спинного мозга. Данные виды анестезии требуют введения большого объема жидкости для предотвращения гипотензии, и последующее образование большого количества мочи ведет к перерастяжению детрузора. Это усугубляется применением антихолинергических, опиоидных препаратов, гиподинамией больного в раннем послеоперационном периоде.

Уретральная катетеризация при послеоперационной ОЗМ может быть источником нозокомиальной инфекции и приводить к таким грозным осложнениям как сепсис [25].

Необходимости и возможностям профилактики и лечению послеоперационной ОЗМ посвящен ряд исследований российских авторов [26—29].

Профилактика и лечение ОЗМ в послеоперационном периоде: собственные данные

В клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО проведено исследование по профилактике и лечению послеоперационной ОЗМ у больных хирургического профиля. В период с июня по август 2007 г. проведены обследование, профилактика и, при необходимости, лечение послеоперационной задержки мочи у 83 пациентов, находившихся в хирургических отделениях ГКБ им. С.П. Боткина. Критерием включения было наличие ДГПЖ с высокой степенью риска прогрессии (объем предстательной железы более 30 мл, ПСА $> 1,5$ нг/мл). Критериями исключения были уровень ПСА более 4 нг/мл, подозрение на рак предстательной железы при пальцевом ректальном исследовании, наличие остаточной мочи более 150 мл, максимальная скорость мочеиспускания при урофлоуметрии более 15 или менее 5 мл/с, IPSS менее 7. Всем пациентам в рамках обследования проводились сбор жалоб, анамнеза, осмотр, пальцевое ректальное исследование, трансабдоминальное, трансректальное ультразвуковое исследование, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, заполнение шкалы IPSS, урофлоуметрия.

В урологической клинике ГКБ им. С.П. Боткина разработана и применяется экспертно-учетная система, позволяющая начинающему врачу применить знания эксперта высокой квалифика-

ции. Данная система функционирует на основе правил и методик диагностирования, полученных в результате анализа знаний эксперта в проблемной области. Система включает учетный и диагностический модули, в которые могут быть введены дополнительные правила и рекомендации, что позволяет проводить ее постоянное усовершенствование. На каждом из этапов используется отдельная экспертная система, основанная на продукционных правилах и результатах предыдущих этапов диагностики. Экспертная система диагностики с успехом применяется при выборе тактики у больных с ДГПЖ в течение ряда лет. В настоящее время разработаны правила и методики диагностики для оценки факторов прогрессирования заболевания и риска ОЗМ. При распределении больных на группы учитывались данные экспертного анализа.

Для профилактики ОЗМ пациенты 1-й группы ($n=42$) принимали α -адреноблокатор (5 дней до и 5 дней после операции) — уроселективный препарат альфузозин в дозе 10 мг однократно в сутки. По исходным показателям обе группы были сопоставимы (табл. 5). Основной спектр операций составили герниопластика паховой грыжи, лапароскопическая или открытая холецистэктомия, операции на сигмовидной или прямой кишке.

Результаты исследования показали, что в 1-й группе ОЗМ развилась у 1 (2,4%) пациента, во 2-й — у 9 (22,0%).

Самостоятельное мочеиспускание после катетеризации мочевого пузыря уретральным катетером в течение 72 ч и терапии альфузозином 10 мг восста-

Таблица 5. *Исходная характеристика пациентов с ДГПЖ при общехирургических заболеваниях ($M \pm m$)*

Показатель	1-я группа ($n=42$)	2-я группа ($n=41$)
Возраст, годы	$67,7 \pm 2,3$	$68,1 \pm 2,5$
IPSS, баллы	$15,3 \pm 3,31$	$14,8 \pm 2,73$
Объем предстательной железы, мл	$62,8 \pm 8,35$	$61,3 \pm 7,94$
Q max, мл/с	$8,8 \pm 1,74$	$8,9 \pm 1,48$
Объем остаточной мочи, мл	$54,2 \pm 9,55$	$53,3 \pm 8,96$
ПСА, нг/мл	$3,1 \pm 0,2$	$3,0 \pm 0,2$

Таблица 6. *Динамика показателей пациентов, участвовавших в исследовании*

Показатель	1-я группа ($n=41$)	2-я группа ($n=42$)
IPSS, баллы	11,9	14,6
Объем предстательной железы, мл	62,7	61,4
Q max, мл/с	12,3	8,6
Объем остаточной мочи, мл	30,3	54,9

новилося у одного пациента из 1-й группы и у семи пациентов из 2-й. Двум пациентам из 2-й группы была произведена троакарная цистостомия. Динамика показателей после окончания приема альфузозина представлена в табл. 6.

Заключение

Профилактику послеоперационной ОЗМ необходимо проводить больным с СНМП, обусловленными наличием ДГПЖ (особенно при наличии признаков прогрессирования данного заболевания и в группах риска развития ОЗМ).

По данным проведенного нами исследования, α -адреноблокатор альфузозин (10 мг 1 раз в день) демонстрирует высокую эффективность в качестве средства профилактики и лечения послеоперационной ОЗМ у больных хирургического профиля, имеющих СНМП, обусловленные ДГПЖ.

ЛИТЕРАТУРА

- 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.
- McConnell J.D., Barry M.J., Bruskewitz R.C. et al. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. Clinical Practice Guideline Number 8. AHCPR Publication 94—0582. Rockville MD. Agency for Health Care policy and Research, Public health Services, US Department of Health and Human Services, February 1994.
- Klarskov P., Andersen J.T., Asmussen C.F. et al. Symptoms and signs predictive of the voiding patterns after acute urinary retention in men. Scand J Urol Nephrol 1987;21:23—8.
- Pickard R., Emberton M., Neal D.E. et al. The management of men with acute urinary retention. Br J Urol 1998;81:712—20.
- Elhilali M., Vallancien G., Emberton M. et al. Management of acute urinary retention (AUR) in patients with BPH: a worldwide comparison. J Urol 2004;171 (Suppl):407; A1544.
- Murray K., Massey A., Feneley R.C. Acute urinary retention — a urodynamic assessment. Br J Urol 1984;56:468—73.
- Roehrborn C.G., Bruskewitz R., Nickel G.C. et al. for the PLESS Study Group. Urinary retention in patients with BPH treated with finasteride or placebo over 4 years. Characterization of patients and ultimate outcomes. Eur Urol 2000;37:528—36.
- Anjum I., Almed M., Azzopardi A., Mufti G.R. Prostatic infarction/infection

in acute urinary retention secondary to benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1998;160:792—3.

9. Tuncel A., Uzun B., Erucar T. et al. Do prostatic infarction, prostatic inflammation and prostate morphology play a role in acute urinary retention? *Eur Urol* 2005;48: 277—84.
10. Kolman C., Girman C.J., Jacobsen S.J., Lieber M.M. Distribution of post-void residual urine volume in randomly selected men. *J Urol* 1999;161:122—7.
11. Lieber M., Fowler J., Castellanos R. et al. PSA is the strongest predictor of BPH related outcomes: results of a 4year placebo controlled trial. *J Urol* 1998;159:104.
12. Djavan B., Chariat S., Omar M. et al. Does prolonged catheter drainage improve the chance of recovering voluntary voiding after acute urinary retention? *Eur Urol* 1998;33 (Suppl):110; A437.
13. Desgrandchamps F., De la Taille A., Doublet J. Management of acute urinary retention in France: a cross-sectional survey in 2618 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2006;97:727—33.
14. Warren J.W. Nosocomial urinary tract infections. In: G.L. Mandell, J.E. Bennett, R. Dolin (eds). *Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. NY, Churchill Livingstone; 1995. p. 2607—16.
15. Debruyne F.M.J., Van der Poel H.G. Clinical experience in Europe with uroselective α 1-antagonists. *Eur Urol* 1999;36(Suppl 1):54—8.
16. Roehrborn C.G. Alfuzosin: overview of pharmacokinetics, safety, and efficacy of a

clinically uroselective α -blocker. *Urology* 2001;58(Suppl 6A):55—63.

17. Bowden E., Hall S., Foley S.J., Rundle J.S.H. Tamsulosin in the treatment of urinary retention: a prospective, placebo-controlled trial. *BJU Int* 2001;88(Suppl 1):77; abstr P148.
18. Lucas M., Stephenson T., Vinod N. Tamsulosin in the management of patients in acute urinary retention from benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2005;95:354—7.
19. Shah T., Palit V., Biyani S. et al. Randomised, placebo controlled, double blind study of alfuzosin SR in patients undergoing trial without catheter following acute urinary retention. *Eur Urol* 2002;42:329—32.
20. McNeill S.A., Daruwala P.D., Mitchell I.D. et al. Sustained-release alfuzosin and trial without catheter after acute urinary retention: a prospective, placebo-controlled trial. *BJU Int* 1999;84:622—7.
21. McNeill S.A., Hargreave T.B., Members of the Alfaur Study Group. Alfuzosin once daily facilitates return to voiding in patients in acute urinary retention. *J Urol* 2004;171(6 Pt 1):2316—20.
22. McNeill S.A., Hargreave T.B., Roehrborn C.G.; Alfaur Study Group. Alfuzosin 10 mg once daily in the management of acute urinary retention: results of a double-blind placebo-controlled study. *Urology* 2005;65(1):83—90.
23. Roehrborn C.G. Alfuzosin 10 mg once daily prevents overall clinical progression of benign prostatic hyperplasia but not acute urinary retention: results of a 2-year placebo-controlled study. *BJU Int* 2006;97(4):734—41.

24. Мартов А.Г. Применение альфа-1-адреноблокаторов с целью профилактики и лечения послеоперационной острой задержки мочи. Научно-практическая конференция. Краснодар; 21 мая 2004. с. 134—5. http://www.uroweb.ru/meets/martov_kr_2004/mr_01_000.htm
25. Waterhouse N., Beaumont A.R., Murray K. et al. Urinary retention after total hip replacement. A prospective study. *J Bone Joint Surg Br* 1987;69:64—6.
26. Авдошин В.П., Андрихин М.И., Мотин П.И. и др. Эффективность тамсулозина в профилактике нарушения мочеиспускания у колопроктологических больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в раннем послеоперационном периоде. *РМЖ* 2002;10(8-9):423—26.
27. Аляев Ю.Г., Борисов В.В., Мельников А.В. В кн.: Актуальные вопросы урологии. Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 100-летию клиники им. А.В. Вишневского. Казань; 2000. с. 47—52.
28. Чернышев И.В., Чумаков А.А., Иванов А.П. и др. Применение альфа-блокаторов для профилактики и лечения послеоперационной острой задержки мочеиспускания у больных хирургического профиля. *Фарматека* 2007;(5):92—5.
29. Ефименко Н.А., Шаплыгин Л.В. Профилактика и лечение нарушений мочеиспускания в ранний послеоперационный период. *Воен-мед журн* 2004;325(6):14—7.

У в а ж а е м ы е к о л л е г и !

Подписку на журнал «КЛИНИЦИСТ» на 2008 г.

можно оформить в любом отделении связи.

Подписной индекс в каталоге «Почта России» — 12294.