

## ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Шакиров Г.А., Чернецова Г.С., Султанов Б.М.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье представлены клинические анализы изучения различных методов деривации мочи, какими являются катетеризация мочевого пузыря, надлобковая пункция мочевого пузыря, троакарная цистостомия, с отражением основных характеристик, а также предложен новый метод надлобкового пункционного отведения мочи под контролем УЗИ.

**Ключевые слова:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, острая задержка мочеиспускания, деривация.

## ЗААРА ЧЫГАРУУНУН КУРЧ КАРМАЛЫШЫ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БӨЙРӨК ҮСТҮНДӨГҮ БЕЗДИН ЗЫЯНСЫЗ ГИПЕРБЛАЗИЯСЫ УЧУРУНДА ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮНҮН ТАКТИКАЛЫК ЖОЛДОРУ

Шакиров Г.А., Чернецова Г.С., Султанов Б.М.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада заараны башка жакка буруунун ар түрдүү методдоруна клиникалык анализ жүргүзүлдү, табарсыкты кантип катетеризациялоонун, табарсыкты тешүүнүн, негизги мүнөздөмөлөрдү чагылдыруу менен троакардик цистостоматия жасалды, ошондой эле УДинин көзөмөлү астында заараны тешип чыгаруунун жаңы методу сунуш кылынды.

**Негизги сөздөр:** бөйрөк үстүндөгү бездин зыянсыз гиперплазиясы, заара чыгаруунун курч кармалашы, башка жакка буруу.

## TACTICAL APPROACHES OF THE MEDICAL ASSISTANCE WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA COMPLICATED WITH ACUTE DELAYED URINATION

Shakirov G.F., Chernetsova G.S., Sultanov B.M.

Kyrgyz-Russian Slavic university named after B.N. Yeltsin

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** This article presents the analyzes of clinical study the various methods of urinary diversion, which are the bladder catheterization, suprapubic bladder puncture, trocar cystostomy, The main characteristics of the medical assistance are reflected in given paper, as well as a new method for suprapubic urinary diversion puncture under ultrasound guidance.

**Key words:** Benign prostatic hyperplasia, acute urinary retention, derivation.

**Введение.** Несмотря на постоянное совершенствование техники операции открытой аденомэктомии по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), а также широкое использование антибактериальной терапии, не уменьшилась частота послеоперационных осложнений, что остаётся серьёзной проблемой и в настоящее время (1,2). Частота инфекционно-воспалительных осложнений в мочевых путях в послеоперационном периоде находится в тесной взаимосвязи с наличием сопутствующей патологии (простатитом,

циститом, пиелонефритом). Эндоуретральные вмешательства при возникшей острой задержке мочеиспускания (ОЗМ) нередко приводят к генерализации мочевого инфекции и опасностям развития тяжёлых осложнений - уросепсиса и бактериемического шока.

## **Материал и методы исследования.**

Материал исследования представлен данными ретроспективного клинического анализа 198 больных с ДГПЖ, осложненной ОЗМ, поступившие в урологические отделения Республиканского научного центра урологии при Национальном Госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики за период с 2008 и по 2011 года.

Средний возраст больных с ДГПЖ составил –  $63,4 \pm 1,8$  лет.

Из числа 198 больных с ДГПЖ поступило в клинику с ОЗМ продолжительностью до 12 часов – 64 (32,3%), одних суток - 89 (44,9%), 2 суток - 28 (14,4%) и более 2 суток – 17 (8,5%).

Характер деривации мочи при ОЗМ на фоне ДГПЖ зависел от ряда обстоятельств (таб. 1).

Наибольший % деривации мочи производится при катетеризации мочевого пузыря катетером Фолея №18 (40,9%) на время решения вопроса тактики лечения, наряду с этим имели место 47 случаев (27,9%) катетеризации мочевого пузыря катетером Нелатона №18 и при продолжающейся задержке мочеиспускания устанавливали уретральный катетер Фолея №18. Из-за тяжелого состояния больного, когда имел место восходящий пиелонефрит, ХПН, парадоксальная ишурия 24 больным (12,1%) была установлена трокарная цистостома. В 16 (8%) случаях были произведены надлобковая пункционная деривация мочи, что было связано с образованием ложного хода из-за не осторожной катетеризации мочевого пузыря.

**Результаты.** Следует заметить, что недостатками известных методов катетеризации мочевого пузыря являются: травматизация мочеиспускательного канала, образование ложного хода, уретрорагия, а также инфицирование нижних и верхних мочевых путей вплоть до развития уретральной лихорадки.

Активизация мочевого инфекции в предоперационном периоде связана с частой катетеризацией мочевого пузыря и длительным нахождением катетера в мочеиспускательном

канале. При этом, часто присоединяется грамм-отрицательная патогенная микрофлора, которая отличается высокой степенью антибиотикорезистентности, что снижает эффективность проведенной антимикробной терапии.

При продолжающейся ОЗМ пункционный метод также не оправдан в связи с многократным применением.

Использование троакара при надлобковой цистостоме так же может иметь свои недостатки. Среди них: высокая вероятность травматизации мягких тканей с возникновением гематом, повреждение брюшины с последующим развитием мочевого перитонита. Помимо этого операция эпицистостомия удлиняет сроки радикального хирургического лечения больных с ДГПЖ.

Учитывая недостатки каждого из методов катетеризации мочевого пузыря, мы использовали способ деривации мочи 30 (15,1%) больным с ДГПЖ, осложненной ОЗМ, путем совершенствования надлобкового пункционного метода отведения мочи под контролем УЗИ.

Нами была разработана следующая тактика отведения мочи у больных с ДГПЖ, осложненной ОЗМ. При этом полностью исключалась катетеризация мочевого пузыря, поскольку эндоуретральные манипуляции приводят к генерализации воспалительного процесса в самой предстательной железе, а также в нижних и верхних мочевых путях, тем самым ухудшая течение болезни. В связи с этим, в тактике оказания первой помощи больным с ОЗМ мы использовали в клинической практике пункционный метод отведения мочи надлобковым способом, который заключался в следующем: после соответствующей обработки надлобковой области, под местным обезболиванием 0,5% раствором новокаина 5,0 мл и под контролем УЗИ производили пункцию на 2 см выше лонной кости пункционной иглой с тубусом, удаляли пункционную иглу и через тубус cystofiks проводили катетер, а затем его фиксировали на кожу пластырем.

После отведения мочи цистостоме закрывали специальным заранее предусмотренным колпачком (комплект Cystofiks), который периодически снимался при появлении очередного позыва к мочеиспусканию.

Контроль правильности установления катетера в полость мочевого пузыря и его

Таблица №1

Вид деривации	Абс. число	%
Катетеризация катетором Фолея №18	81	40,9
Катетеризация катетором Нелатона №18	47	23,7
Троакарная цистостомия	24	12,1
Надлобковая пункция	16	8,0
Надлобковая пункция под контролем УЗИ	30	15,1
Всего:	198	100



Рис. 1. Лакунарная цистограмма через цистостому

функциональной полноценности (адекватное истечение мочи через катетер) проводилось посредством УЗИ.

Помимо адекватной деривации мочи при ОЗМ по предложенной методике, сохранялась функционально-физиологическая полноценность мочевого пузыря (тонус детрузора) путем временного закрытия катетера специальным колпачком до появления очередного позыва к акту мочеиспускания. Данная установка позволяла пациенту самостоятельно снять колпачок цистостомы для очередного отведения мочи.

Больным проводили рентгенологическую визуализацию мочевого пузыря и гиперплазированной простаты путем лакунарной цистографии через цистостому, методика которой заключалась в выполнении следующих этапов: через надлобковую цистостому вводили 20,0мл контрастного вещества (76% или 60% триомбраста), разведенного на 50,0 мл раствора

фурациллина. Затем вводился кислород в объеме 20см<sup>3</sup>, закрывался колпачок цистостомы и делался рентгенологический снимок (рис. 1).

После получения снимка вновь снимался колпачок цистостомы для отведения введенного контраста и кислорода из мочевого пузыря.

На рентгенологическом снимке (лакунарная цистограмма через цистостому) оценивали контуры мочевого пузыря, наличие и величину дефекта в проекции пузырно-уретрального сегмента характерного для ДГПЖ.

### Выводы.

1. Метод деривации мочи при ОЗМ на фоне ДГПЖ путем цистостомы (комплект Cystofiks) считается малотравматичный и клинически целесообразными, так как полное исключение катетеризации или установления уретрального катетера при ОЗМ позволяет профилактику госпитальной инфекции.

2. Рентгенологические исследования мочевого пузыря через цистостому позволяет

верифицировать клинический диагноз ДГПЖ, а периодическую деривацию мочи осуществлять путем снятия специального колпачка при появлении очередного позыва к мочеиспусканию, что способствует сохранению тонуса мочевого пузыря.

### Литература:

1. Бырко И.А., Кузьменко В.В., Семенов Б.В. *Современная диагностика и лечение при ДГПЖ // Матер. 3-й Всероссийской конференции.* - М., 2006.- С. 97-98.

2. Поздняков К. В. *Острая задержка мочи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: Автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.40.* - М., 2006.- 17 с.

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА  
**eLIBRARY.RU**

Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется  
Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все  
статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате  
на сайте

**[www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru),**

где отмечается цитирование по каждой статье