

**ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ  
МОЧЕИСПУСКАНИЯ У  
ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ  
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Чумаков А.А., Крупин И.В.,  
Шорманов И.С., Дундяков А.А.

*Ярославская государственная медицинская академия,  
Ярославль*

**Введение.** Острой задержкой мочеиспускания (ОЗМ) называют внезапно возникающую невозможность самостоятельного мочеиспускания при наличии позывов к нему и наполненном мочевом пузыре. Причины острой задержки мочеиспускания различны. Чаще всего она является осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Нередко ОЗМ возникает после оперативных вмешательств, причем не только у больных, страдающих ДГПЖ. Так, по данным разных авторов, острая задержка мочеиспускания наблюдается у 2,9-3,5% больных, которым выполнены различные операции на органах брюшной полости. Механизм послеоперационной ОЗМ связывают со снижением внутрипузырного давления на 20-40% в горизонтальном положении; выключением из акта мочеиспускания мышц передней брюшной стенки; рефлекторным воздействием перенесенной операции на сократительную способность мочевого пузыря; отрицательным влиянием средств общей, эпидуральной и спинномозговой анестезии, миорелаксантов, наркотических анальгетиков. Особенно часто ОЗМ наблюдается после проктологических операций. Причинами этого считают денервацию мочевого пузыря во время мобилизации прямой кишки, нарушение нормального анатомического расположения мочевого пузыря с его смещением кзади, кровоизлияния в стенку мочевого пузыря. По разным данным риск развития острой задержки мочеиспускания после подобных операций составляет 20-25%. Сама по себе ОЗМ представляет опасность, так как негативно сказывается на состоянии верхних мочевых путей, в которых ретенция мочи может привести к инфекционно-воспалительным осложнениям. Поэтому данное состояние требует принятия неотложных мер.

**Цель.** Изучить возможность медикаментозного купирования острой задержки мочеиспускания (ОЗМ) у хирургических больных в послеоперационном периоде. Оценить эффективность препарата тамсулозин в хирургической практике у больных с ОЗМ в послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты консервативного лечения ОЗМ в послеоперационном периоде у 25 больных в возрасте от 52 до 70 лет, находившихся на лечении в хирургических отделениях ЯОКБ и МСЧ НяНПЗ. Из них 12 больных прооперированы по поводу паховой и пупочной грыж, 4 больным выполнена резекция желудка, 6 больным - операции по поводу опухоли различных отделов ободочной толстой кишки, 3 пациентам выполнена экстирпация прямой кишки. Клиника острой задержки мочеиспускания развилась у больных в среднем на 2-е сутки после операции. В качестве метода лечения мы использовали временное (в течение 3 суток) дрениро-

вание мочевого пузыря катетером Фолея с одновременным назначением препарата тамсулозин в дозе 0,4 мг в сутки однократно. Для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений всем больным назначалась превентивная антибактериальная терапия. Отметим, что из 25 пациентов у 17 в анамнезе имелись симптомы нижних мочевых путей, причем 12 из них наблюдались и лечились урологом поликлиники по поводу ДГПЖ

**Результаты.** В результате применения описанной выше методики у 19 (76%) больных на 3 сутки после удаления катетера Фоли удалось восстановить самостоятельное мочеиспускание. Причем у 5 из них ОЗМ была расценена нами, как нейро-рефлекторная, не связанная с инфравезикальной обструкцией. Остальным, ввиду неэффективности консервативного лечения с целью деривации мочи на 4 сутки выполнена троакарная эпицистостомия. Все эти больные ранее страдали доброкачественной гиперплазией простаты.

**Выводы.** Таким образом, применение тамсулозина на фоне временного дренирования мочевого пузыря уретральным катетером является эффективным средством восстановления самостоятельного мочеиспускания у хирургических больных с ОЗМ в послеоперационном периоде. Прием альфа - адреноблокаторов приводит к уменьшению гипоксии детрузора и нормализации биоэнергетики всех его гладкомышечных структур, поэтому, мы считаем целесообразным также использование препаратов этой группы у пациентов с нейро-рефлекторной ОЗМ. Мы рекомендуем прием альфа-адреноблокаторов до операции больным, страдающим ДГПЖ у которых риск острой задержки мочеиспускания в послеоперационном периоде заведомо высокий.

Работа представлена на юбилейную конференцию с международным участием «Современные проблемы науки и образования», 5-6 декабря 2005г., г. Москва. Поступила в редакцию 17.12.2005г.

**МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО  
СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ.  
(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Шевелев О.А., Терешенков В.П.,  
Загородний Н.В., Ходорович Н.А., Билибин Д.П.  
*Российский университет дружбы народов,  
Москва*

Болевой синдром при остеоартрозах имеет сложную многокомпонентную структуру и включает суставную, внутрикостную и периартикулярную боли. Внутрикостная боль связана с раздражением остеоцепторов и, как правило, сопровождается повышением внутрикостного давления.

Целью нашего исследования явилась изучение особенностей формирования афферентных реакций в коре большого мозга и ряде подкорковых структур, возникающих в ответ на электрораздражения седалищного нерва, околосуставных тканей и мышц, а также собственно внутрикостных рецепторов губчатого вещества бедренной кости при низкотемпературных воздействиях (-120°C).