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 эффективнось 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) дренирование 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 остеорецепторов 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 (-120ºС).

С использованием метода экспериментального моделирования были проведены серии острых опытов на 150 кошках обоего пола, массой 2-2,5 кг. Животных наркотизировали внутрибрюшинным введением хлоралозы и после миорелаксации переводили на искусственную вентиляцию легких. Вызванные потенциалы (ВП) регистрировали в первой соматосенсорной зоне коры большого мозга и медиальном центре таламуса в ответ на электрораздражения седалищного нерва в период криодеструкции и в период спонтанного оттаивания. Внутрикостное давление измеряли в бедренной кости животного во время криодеструкции и в период спонтанного оттаивания с использованием аппарата Вальдмана. Криодеструкцию проводили введением криозонда в губчатое вещество бедренной кости с использование криоаппарата «Крин».

Результаты экспериментов показали, что при криодеструкции (экспозиция 5-10 минут) внутрикостное давление увеличилось на 21%. В период спонтанного оттаивания (спустя 60 мин), оно уменьшилась на 29% по отношению к исходному и на 50% к периоду криодеструкции.

В период криовоздействия амплитуда ВП снижалась как при стимуляции губчатого вещества бедренной кости на 66,1%, так и при стимуляции отдаленного от криозонда участка на 38%. Спустя 5 минут амплитуда вызванных потенциалов резко снижалась на 77,6%, и 60,4% соответственно, но в большей степени при раздражении зоны ближайшей к замораживанию. По мере оттаивания амплитуда тестируемых ВП достоверно возрастала, однако в случае раздражения зоны, находящейся в области крионекроза она оставалась достоверно низкой.

Таким образом, можно предположить, что одним из механизмов формирования болевого синдрома при деформирующих артрозах является повышение внутрикостного давления, возбуждающее внутрикостные рецепторы и усиливающее афферентные потоки от рефлексогенных зон губчатого вещества бедренной кости, вызывающее центральное облегчение проведения конкурентных соматических потоков возбуждения и способствующее развитию мышечного гипертонуса.

Работа представлена на юбилейную конференцию с международным участием «Современные проблемы науки и образования», 5-6 декабря 2005г., г. Москва. Поступила в редакцию 12.12.2005г.

Экологические технологии

МНОГОЛЕТНЯЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ГОДОВОГО СТОКА РЕК БАССЕЙНА КУБАНИ

Мельникова Т.Н.
Адыгейский государственный университет, Майкоп

Бассейн реки Кубани - это самый крупный на Северном Кавказе по площади и водоносности. Бассейн реки Кубани богат ресурсами поверхностных вод, но средний годовой сток рек, приходящийся на единицу площади, в связи с разнообразием природных условий его формирования, отличается большой пространственной изменчивостью. В режиме рек бассейна Кубани наблюдается чередование многоводных лет, обусловленное изменчивостью элементов водного баланса: осадков и испарения. Колебания водоносности рек за период наблюдений (1967-2004 гг.) и выделенные циклы стока в основном прослеживаются по всей территории бассейна, однако полной синхронности в изменении стока всех рек не наблюдается по причине различий физико-географических условий.

Связь между годовыми значениями основных элементов водного баланса анализировалась многими исследователями (Пенк, Келлер, Ольдекон, Оппокон, Шрайбер и др.), в результате чего выявлено, что чаще всего связь прослеживается между двумя из них - стоком и осадками. Наиболее полное обобщение данных о многолетней изменчивости годового стока рек бассейна р. Кубани было выполнено при подготовке изданий государственного водного кадастра. В результате этих обобщений выявлено большое различие изменчивости годового стока по рекам бассейна Кубани, которое выражается в разной степени отклонений стока отдельных лет от его нормы (таблица 1).

Таблица 1. Пределы колебаний модульных коэффициентов годового стока рек по территории бассейна р. Кубани

Районы	Модульные коэффициенты	
	наибольший	наименьший
Верхнее течение реки Кубани с притоками (до реки Бескес включительно)	1,56	0,59
Бассейн реки Белой	1,78	0,41
Приток реки Кубани от впадения реки Пшиш до устья	1,78	0,18

Как видно из таблицы 1 модульные коэффициенты уменьшаются от верховьев к устью. Примерно такой же диапазон колебаний годового стока рек бассейна р. Кубани сохранился и в последующие годы (таблица 2). Колебания водоносности рек за период наблюдений и выделенные циклы водоносности, в основном, прослеживаются по всей территории, но нет полной синхронности и в многолетнем стоке рек бассейна Кубани.