

АО «Медицинский университет Астана»

**«Оказание первичной
медицинской помощи при
острой задержке мочи на уровне
ПМСП»**

Мухамеджанова А.М.
740 гр. АиГ

Под задержкой мочи (ЗМ) понимают невозможность опорожнения переполненного мочевого пузыря. ЗМ необходимо отличать от анурии, при которой мочеиспускание не происходит из-за нарушенного мочеотделения или при обструкции почек. При задержке мочи у больного имеются сильные позывы к мочеиспусканию, а при анурии позывов нет.

Задержка мочи - одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации урологических больных. По данным клиники урологии, больные, поступившие с ЗМ, составляют 7 - 8% от всех больных, нуждающихся в неотложной урологической помощи (220 - 230 больных



Ежедневно в различные стационары скорой и неотложной помощью доставляются 50 -60 человек с острой задержкой мочи. ЗМ является осложнением многих заболеваний. Нарушение мочеиспускания наблюдается при патологических изменениях как самих мочепо.



других

ЗМ делятся на 2 группы:

- обусловленные поражением мочеполовых органов (заболевания почек, предстательной железы, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала);
- не зависящие от состояния органов мочеполовой системы (заболевания ЦНС, рефлекторные функциональные причины, медикаментозная интоксикация).

В основе первого варианта ЗМ лежит механический фактор - закупорка уретры, мочевых путей изнутри или сдавление извне. К ней приводят такие заболевания, как камни почек и мочеточников, аденома или рак предстательной железы, травма уретры, камень мочевого пузыря, склероз шейки мочевого пузыря, опухоль уретры или шейки мочевого пузыря, острый простатит, фимоз, рак прямой кишки, опухоль шейки матки.

Второй вариант ЗМ вызывают опухоли и травмы спинного и головного мозга, tabes dorsalis, истерия, хирургические операции, роды, послеоперационный период, медикаментозные интоксикации, вынужденное длительное пребывание в постели. ЗМ второго вида наступает вследствие снижения тонуса детрузора.

Различают частичную (неполную) и полную ЗМ. Под частичной ЗМ понимают такое состояние, когда больной мочится самостоятельно, но мочевого пузыря полностью не опорожняется. Остающаяся моча называется остаточной. Если количество оставшейся мочи превышает 100 мл, то ее можно определить перкуторно над лобком, а в стационаре - путем катетеризации, а также с помощью экскреторной уретероцистографии или радионуклидной цистографии.

ЗМ может быть острой и хронической. При полной ЗМ больной самостоятельно не мочится. ОЗМ может наступить внезапно, как бы среди полного благополучия, или может развиваться на фоне частичной хронической ЗМ. Иногда она развивается после физического или психического напряжения, после приема алкогольных напитков. Приступ ОЗМ сопровождается сильными болями над лобком, иррадиирующими в половой член.

Хроническая задержка мочи может быть продолжением ОЗМ или развивается постепенно, без предшествующего острого периода. Если при полной задержке не производится катетеризация мочевого пузыря, то наступает парез детрузора и сфинктера мочевого пузыря вследствие перерастяжения его стенок, и тогда моча начинает выделяться небольшими порциями или по каплям из мочеиспускательного канала. Такое непроизвольное мочеиспускание при переполненном мочевом пузыре носит название парадоксальной ишурии. Хроническая ЗМ сопровождается учащенными позывами к мочеиспусканию, никтурией, истончением струи мочи и появлением чувства неполного опорожнения мочевого пузыря.

Наблюдается и послеоперационная задержка мочеиспускания. Она носит рефлекторный характер и наблюдается после различных операций на органах малого таза или других. Механизм ее возникновения обусловлен отсутствием привычки к мочеиспусканию в положении лежа, болью в ране при напряжении мышц передней брюшной стенки, снижением тонуса детрузора после наркоза, спинномозговой анестезии.

Объективным признаком ЗМ является тупость при перкуссии над лобком. При переполненном, растянутом мочевом пузыре верхняя граница тупости может доходить до мечевидного отростка грудины. В таких случаях при осмотре мочевой пузырь образует выпячивание в низу живота. При пальпации здесь же определяется болезненное образование округлой формы, эластической или плотноэластической консистенции, при надавливании на него больной мочится.

Неотложная помощь

При установленном диагнозе острой задержки мочи назначают грелку на область мочевого пузыря, подкожно вводят 1 мл 1% раствора пилокарпина или 1 мл 0,05% раствора прозерина. При неэффективности производят катетеризацию мочевого пузыря. Следует пользоваться резиновыми катетерами, особенно с суженным клювовидным концом.

Если невозможно ввести резиновый катетер, осторожно проводят катетеризацию эластическим катетером. При резком переполнении мочевого пузыря опорожнение его производят постепенно, по 400—500 мл и затем катетер пережимают на 2—3 мин. При быстром опорожнении резко растянутого мочевого пузыря может возникнуть кровотечение из резко расширенных и склеротически измененных вен мочевого пузыря.

Катетеризация мочевого пузыря у женщин

1. Обрабатывают руки 0,5 % раствором хлоргексидина, готовят стерильный лоток. Достают из бикса и кладут на лоток стерильные катетеры.

Закругленный конец катетера поливают стерильным глицерином. Два стерильных ватных шарика смачивают раствором фурацилина, кладут на лоток. Также на лоток кладут две стерильные салфетки и пинцет. В шприц Жане набирают 100 - 150 мл подогретого на водяной бане до 37 - 38 °С раствора фурацилина, кладут его на лоток.

2. Подмывают пациентку, убирают судно.

3. Между разведенными и согнутыми в коленях ногами пациентки ставят чистое сухое судно или другую емкость для мочи.

4. Надевают перчатки.

5. Встав справа от пациентки, кладут ей на лобок развернутую стерильную марлевую салфетку.

Пальцами левой руки разводят половые губы и ватным шариком, взятым правой рукой пинцетом и смоченным фурацилином, обрабатывают наружное отверстие уретры. Затем пинцетом, взяв его как писчее перо, берут катетер на расстоянии 4 - 5 см от его тупого конца, а свободный конец поддерживают между IV и V пальцами. Тупой конец катетера вращательными движениями медленно вводят в уретру на глубину 4 - 5 см, а свободный конец опускают в емкость для мочи. Выделение мочи свидетельствует о том, что катетер находится в мочевом пузыре.

6. После прекращения выделения мочи катетер соединяют со шприцем Жане, наполненным фурацилином, подогретым на водяной бане до +38 °С.
7. Медленно вводят раствор в мочевого пузырь, а затем, направив катетер в судно, выводят его из мочевого пузыря.
8. Повторяют промывание до тех пор, пока промывная жидкость не будет чистой.
9. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

10. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры шариком, смоченным раствором фурацилина, салфеткой убирают остатки влаги с промежности.

11. Катетер сразу же после использования утилизируют.

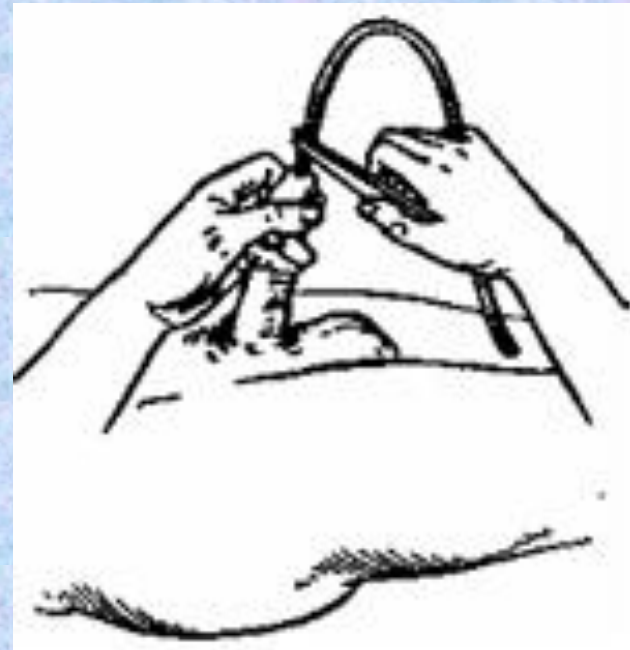


Катетеризация мочевого пузыря у мужчин.

Больного укладывают на спину. Головку полового члена обрабатывают спиртом и смазывают стерильным глицерином или вазелиновым маслом, затем захватывают ее левой рукой и слегка натягивают. Предварительно смазанный стерильным вазелином катетер берут пинцетом, вводят в мочеиспускательный канал и постепенно продвигают.

Форсировать продвижение катетера не следует. При правильном положении катетера из мочевого пузыря начинает поступать моча. При невозможности или неэффективности катетеризации больных госпитализируют в урологическое (хирургическое) отделение.

Транспортируют на носилках в положении лежа. В стационаре при невозможности опорожнить мочевой пузырь эластическим катетером используют металлический катетер или производят надлобковую пункцию мочевого пузыря.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**