



Правительство Москвы
Департамент здравоохранения

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ



Москва
2018

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист Департамента
здравоохранения города Москвы по
урологии

 Д.Ю.Пушкарь
«23» марта 2018 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы №1



2018 г.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ
МОЧЕИСПУСКАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Учебно-методические рекомендации № 30

Москва 2018

УДК 616.62 - 008.224:614.8.812

ББК 56.965

О49

Учреждения-разработчики: ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра урологии лечебного факультета, ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», ГБУ города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра скорой медицинской помощи лечебного факультета

Авторский коллектив:

Д.Ю. Пушкарь – заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по урологии ДЗМ и МЗ РФ,

Н.Ф. Плавунов – главный внештатный специалист по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф ДЗМ, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи МЗ РФ в Центральном Федеральном округе, главный врач ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи лечебного факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, д.м.н., профессор,

В.А. Малхасян – доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, к.м.н.,

Л.А. Ходырева – заместитель директора по научной работе ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», д.м.н.,

А.А. Дударева – заведующий отделом ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», к.м.н.,

В.А. Кадышев – доцент кафедры скорой медицинской помощи лечебного факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, к.м.н.,

А.В. Зайцев – профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, д.м.н.,

Ю.А. Куприянов – доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, к.м.н.

Рецензенты:

А.В. Казаченко – заместитель директора по лечебной работе и главный врач НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, д.м.н.

М.Б. Зингеренко – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «МКНПЦ им. А.С. Логинова ДЗМ», д.м.н.

ISBN 978-5-6041319-2-3

Учебно-методические рекомендации адресованы врачам урологам амбулаторных и стационарных медицинских организаций, врачам специализированных экстренных консультативных урологических выездных бригад скорой медицинской помощи, научным сотрудникам научно-практических (исследовательских) организаций, специалистам медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, участвующих в оказании экстренной медицинской помощи урологическим пациентам, студентам, ординаторам, аспирантам медицинских ВУЗов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

Авторы несут персональную ответственность за представленные данные в учебно-методических рекомендациях

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	5
Актуальность.....	6
Эпидемиология.....	6
Этиология.....	6
Катетеризация мочевого пузыря.....	10
Установка цистостомического дренажа.....	13
Антибактериальная терапия.....	16
Оказание экстренной помощи пациентам с задержкой мочеиспускания на догоспитальном этапе специализированной урологической бригадой скорой медицинской помощи	16
Литература.....	19
Приложение 1. Уход за уретральным катетером для пациентов	21
Приложение 2. Уход за цистостомическим дренажом для пациентов	22
Таблица 1. Этиология и тактика лечения при острой задержке мочеиспускания	23
Таблица 2. Алгоритм тактики ведения пациентов с острой задержкой мочеиспускания.....	24

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДЗМ	– Департамент здравоохранения города Москвы
ОЗМ	– острая задержка мочи
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ИСК	– интермиттирующая самокатетеризация
ИМВП	– инфекции мочевыводящих путей
ДГПЖ	– доброкачественная гиперплазия предстательной железы
ПСА	– простатспецифический антиген
РПЖ	– рак предстательной железы
МРТ	– магнитно-резонансная томография
КТ	– компьютерная томография

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острая задержка мочи (ОЗМ) является важной проблемой для здравоохранения в целом, приводя к значительным экономическим затратам, так как оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни больных, связана с повышенным риском осложнений при проведении экстренных оперативных вмешательств, использованием длительной катетеризации, а также смертностью, которая значительно выше, чем в общей популяции, особенно у молодых пациентов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОЗМ у мужчин из общей популяции была подробно изучена в нескольких работах. В исследовании Olmsted County Study, включавшем 2115 мужчин в возрасте от 40 до 79 лет, частота развития ОЗМ составила 6,8 на 1000 человек в год. Важнейшими факторами риска развития ОЗМ являлись: пожилой возраст, выраженность симптомов нижних мочевых путей (СНМП), увеличение объема предстательной железы более 40 см.куб., уровня простат-специфического антигена (ПСА) крови более 1,4 нг/мл и снижение скорости мочеиспускания.

ОЗМ достаточно широко распространена в возрастной группе от 60 до 70 лет, наиболее частой причиной является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ).

Риск развития ОЗМ возрастает в 8 раз у мужчин старше 70 лет, развивается у 10% мужчин с ДГПЖ при динамическом наблюдении в течение 5 лет и у каждого третьего при наблюдении в течение 10 лет.

ЭТИОЛОГИЯ

Острая задержка мочеиспускания – остро возникшая невозможность опорожнения мочевого пузыря, как правило, сопровождается острой болью в надлобковой области и выраженным императивными позывами.

Мочеиспускание является сложным рефлекторным актом, обусловленным координированным взаимодействием детрузора и сфинктеров уретры, деятельность которых реализуется через воз-

буждение или угнетение симпатического и парасимпатического центров мочеиспускания спинного мозга. Вышележащие корковые и подкорковые центры головного мозга определяют произвольный контроль акта мочеиспускания.

Причинами острой задержки мочеиспускания являются инфравезикальная обструкция и нарушение функции детрузора при заболеваниях предстательной железы, мочевого пузыря, уретры, матки, прямой кишки, нервной системы с нарушением иннервации мочевого пузыря, а также воздействием лекарственных препаратов (Таблица №1).

ОЗМ может развиться внезапно, на фоне общего благополучия, острого инфекционно-воспалительного процесса в предстательной железе либо на фоне хронической задержки мочеиспуска.

Хроническая задержка мочеиспускания характеризуется постепенным нарастанием симптомов вследствие инфравезикальной обструкции или нейрогенных расстройств нижних мочевыводящих путей. В этом случае пациент обычно не предъявляет жалобы на боли в области мочевого пузыря, несмотря на то, что возникает значительное его переполнение и перерастяжение. По мере увеличения количества остаточной мочи, может отмечаться её непроизвольное подтекание (парадоксальная ишуря). Прогрессирование заболевания приводит к развитию осложнений: уретерогидroneфрозу, острому или хроническому пиелонефриту, хронической болезни почек.

При ОЗМ показано экстренное отведение мочи из мочевого пузыря выполнением катетеризации или цистостомии (Таблица №2).

Дренирование мочевого пузыря у пациентов в экстренном порядке при задержке мочеиспускания направлено на профилактику осложнений со стороны верхних и нижних мочевыводящих путей, компенсацию функции нижних мочевыводящих путей оптимальным методом и улучшение качества жизни.

Результаты международного клинического исследования 6074 мужчин с ОЗМ, которым экстренно была проведена катетеризация мочевого пузыря в сочетании с назначением альфа –адреноблокатора

торов показали, что в 61% случаев самостоятельное мочеиспускание восстановилось в течение 1-3 дней, и только у 6% пациентов потребовалось проведение оперативного вмешательства. В случае неэффективности первой катетеризации мочевого пузыря у 49% мужчин была произведена повторная процедура и самостоятельное мочеиспускание восстановилось у 29,5% пациентов. Также было отмечено, что длительная катетеризация (более 3 дней) повышает частоту развития осложнений и смертности, связанных с ОЗМ.

Многофакторный анализ выявил снижение возможности восстановления самостоятельного мочеиспускаия после катетеризации мочевого пузыря у мужчин с ОЗМ в возрасте \geq 70 лет, при объеме простаты \geq более 50 куб.см., при наличии выраженных симптомов нижних мочевых путей, при большом объеме остаточной мочи \geq более 1000 мл.

Способы катетеризации мочевого пузыря при задержке мочеиспускания:

- *Кратковременная катетеризация* – проводится при ОЗМ в сочетании с назначением альфа-адреноблокаторов;
- *Длительная катетеризация* – при острой и хронической задержке мочеиспускаия на фоне тяжелых интеркуррентных заболеваний, когда выполнение цистостомии невозмож-но.
- *Периодическая катетеризация* – при нейрогенных нару-шениях функции опорожнения мочевого пузыря
- *Эпицистостомия (надлобковая катетеризация мочевого пузыря)* – при невозможности катетеризации мочевого пузыря уретральным катетером, как первый этап лечения ин-фравезикальной обструкции перед оперативным вмешатель-ством или в качестве пожизненного дренирования мочевого пузыря.

Все методы катетеризации мочевого пузыря имеют свои пре-имущества и недостатки.

Длительное дренирование мочевого пузыря постоянным уре-тральным катетером сопряжено с высоким риском инфицирова-

ния половых органов и мочевых путей нозокомиальной инфекцией, приводит к контаминации мочи уропатогеном практически у всех пациентов в течение недели. К другим осложнениям относятся стриктуры и пролежни уретры, камни мочевых путей, снижение емкости мочевого пузыря.

Эпицистостомия характеризуется более низкой частотой возникновения болей и воспалительных изменений в мочеиспускательном канале, образования структур уретры. Пациент имеет возможность пережатия надлобкового катетера, что облегчает проведение оценки мочеиспускания через уретру в последующем периоде и позволяет тренировать детрузор мочевого пузыря. Основные проблемы применения постоянного эпицистостомического дренажа связывают с развивающимся на его фоне вторичным сморщиванием мочевого пузыря.

Российское и Европейское общество урологов рекомендуют выполнение эпицистостомии при необходимости длительного дренирования мочевого пузыря и невозможности установки уретрального катетера, а также в качестве альтернативы периодической катетеризации у пациентов с нарушением эвакуаторной функции мочевого пузыря на фоне нейрогенной дисфункции.

Среди преимуществ применения периодической катетеризации перед постоянным дренированием мочевого пузыря у больных со спинальной травмой можно отметить уменьшение катетер-ассоциированных осложнений, улучшение качества жизни, возможность самообслуживания, снижение зависимости от медицинского персонала, поэтому наиболее рекомендуемым методом опорожнения мочевого пузыря при нейрогенной дисфункции считается периодическая катетеризация.

Мочевые катетеры различают:

1. По составу материала:

- жесткие (металлические),
- полужесткие (эластические катетеры);
- мягкие (тефлон, силикон, латекс, резина и др. материалы).

Полужесткие и мягкие катетеры могут иметь различное покрытие. Антибактериальное покрытие снижает частоту возникнове-

ния катетер-ассоциированных инфекций. Гидрофильное покрытие позволяет проводить катетеризацию легко и безболезненно.

2. По типу:

- Катетер Нелатона (Робинсона) – прямой катетер со слепым концом, используется для кратковременной катетеризации; лубрицированные катетеры покрыты специальным лубрикантом – для самокатетеризации;
- Катетер Тиммана – прямой катетер со слепым концом в виде искривленного клюва.
- Катетер Фолея – прямой 2-х или 3-х ходовой катетер, имеющий баллончик объемом 5–70 мл.

Длина уретрального катетера, предназначенного для женщин, – от 12 см, для мужчин – от 30 см.

Типы мочеприемников:

- дневной, который крепится к ноге при помощи ремней (емкостью, как правило 500-1500 мл)
- ночной мочеприемник (емкость до 2500 мл)

В среднем, замену мочеприемника следует производить каждые 7-10 дней, при наличии повреждения или неисправности сливного клапана в более ранние сроки.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Процедура установки мочевого катетера мужчинам считается более сложной манипуляцией, чем аналогичная процедура у женщин, так как длина мужской уретры 20-25 см и в ней присутствуют физиологические сужения. Проведение катетера по уретре может сопровождаться дискомфортом и болезненными ощущениями.

Показания к катетеризации мочевого пузыря:

- оструя и хроническая задержка мочеиспускания;
- лечебные и диагностические манипуляции и процедуры

Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря:

- острые инфекционно-воспалительные заболевания половых органов мужчины и уретры
- разрыв уретры
- приапизм

- уретральная фистула

Особой осторожности требует проведение катетеризации у пациентов, перенесших протезирование полового члена и реконструктивные оперативные вмешательства на уретре.

Катетеризация мочевого пузыря должна производиться с соблюдением п.5.20-5.31 Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении Сан-ПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Гигиеническая обработка рук производиться (СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» :

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскретами организма,слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, а также после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Катетеризация мочевого пузыря у мужчин, алгоритм выполнения:

1. Врач должен объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.
2. Вымыть и обработать руки.
3. Подготовить расходные материалы и инструменты: на стерильный лоток помещают стерильные перчатки, стерильный катетер, два стерильных ватных шарика, смоченных антисептиком, две стерильные салфетки, пинцет, шприц с физиологическим раствором 20мл.

4. Подготовить емкость для сбора мочи (лоток, мочеприемник).
5. Обработать руки и надеть стерильные перчатки и встать справа от пациента.
6. Стерильной салфеткой обернуть половой член ниже головки.
7. Взять половой член между III и IV пальцами левой руки, слегка сдавить головку, а I и II пальцами слегка отодвинуть крайнюю плоть.
8. Правой рукой взять ватный шарик, смоченный антисептиком, и обработать головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.
9. В наружное отверстие уретры ввести лубрикант.
10. Сменить стерильные перчатки.
11. В правую руку взять стерильный пинцет.
12. Стерильным пинцетом захватить катетер на расстоянии 5-6 см от закругленного конца, а свободный конец -между IV и V пальцами.
13. Ввести катетер пинцетом на 4 - 5 см, удерживая его I и II пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.
14. Перехватывать катетер пинцетом и медленно вводить его еще на 5 см. Одновременно левой рукой натягивать половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.
15. Как только катетер достигнет мочевого пузыря, появляется моча, свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.
16. В баллон уретрального катетера ввести физиологический раствор
17. После прекращения выделения мочи катетер соединить с мочеприемником.
18. Утилизировать перевязочные материалы, снять перчатки, вымыть руки с мылом.

Рекомендации по уходу за уретральным катетером для пациентов. Приложение 1.

УСТАНОВКА ЦИСТОСТОМИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА

Показания к установке цистостомического дренажа:

- острая задержка мочеиспускания;
- невозможно поставить уретральный катетер;
- травмы уретры;
- травмы мочевого пузыря;
- острый простатит, уретрит;
- потребность в длительном отведении мочи

Противопоказания к установке цистостомического дрена- жа:

- отсутствие мочи в мочевом пузыре, слабое его наполнение, что ухудшает его пальпацию и визуализацию;
- опухоль мочевого пузыря;
- коагулопатии;
- выраженный спаечный процесс в малом тазу;

Троакарная цистостомия алгоритм выполнения (рисунок 1):

1. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.
2. Вымыть и обработать руки.
3. Подготовить расходные материалы и инструменты.

На стерильный лоток помещают стерильные перчатки, пинцеты, тампоны и салфетки, ножницы, стерильный шприц, шприц Жане, шовный материал, иглодержатель, троакар.

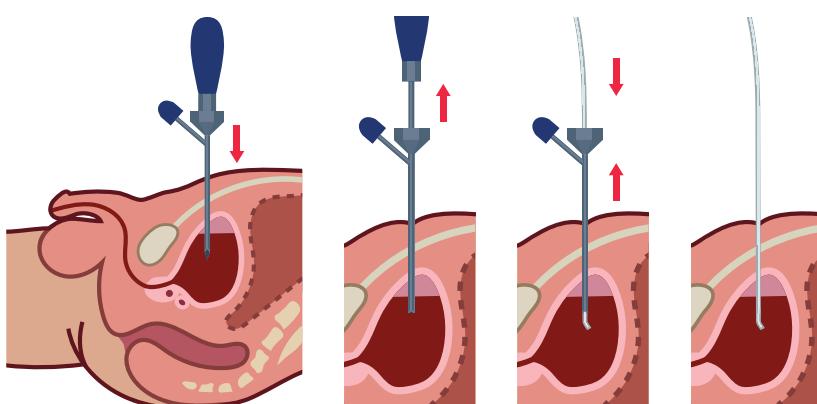


Рис. 1. Троакарная цистостомия (схема)

Подготовить антисептический раствор, бинт, лоток для отработанного материала.

4. Уложить пациента на спину с опущенным головным концом операционного стола. В данном положении происходит смещение кишечника, передняя поверхность мочевого пузыря обнажается, прилежит к передней стенке живота и доступна для безопасной пункции.

5. Обработать операционное поле раствором антисептика.

6. Обработать рук и надеть стерильные перчатки.

7. Отграничить операционное поле стерильным операционным бельем.

8. Провести пальпацию мочевого пузыря над лобковым симфизом. Отметить место пункции и дальнейшего кожного разреза: на два поперечника пальца выше лобкового симфиза по средней линии. Необходимо избегать постановки катетера в области естественных кожных складок.

9. Наполнить шприц раствором местного анестетика (для анестезии подходит 1% раствор лидокаина) – 10 мл. Произвести послойную инфильтрацию тканей в маркированном месте с постепенным погружением иглы вглубь. Необходимо несколько наклонить иглу (на 10-20 градусов) в сторону таза. По мере погружения иглы в ткани производить пробные аспирации: при попадании в полость мочевого пузыря в шприце появляется моча.

10. Произвести небольшой кожный разрез в месте установки цистостомы 1 см в длину.

11. Троакар вместе со стилетом постепенно ввести в полость мочевого пузыря. Важно не допускать резкого провала, так как в этом случае может повреждаться задняя стенка пузыря, кишечная стенка. Необходимо направлять троакар перпендикулярно передней брюшной стенке.

12. Извлечь металлический проводник.

13. По кожуху троакара ввести катетер.

14. Катетер фиксировать баллоном и/или узловыми швами.

15. Наложить асептическую повязку поверх установленной цистостомы.

16. Утилизировать перевязочные материалы, снять перчатки, вымыть руки с мылом.

С целью контроля установки цистостомического дренажа, необходимо выполнить цистографию с контрастным веществом в двух проекциях на наполненном мочевом пузыре и после опорожнения.

Осложнения цистостомии.

1. Подтекание мочи через цистостомический свищ- коррекция цистостомического дренажа и наложение повязки вокруг катетера.
2. Раздражение кожи вокруг цистостомы – обработка кожи раствором хлоргексидина и применение мази Дермазин, Левомеколь, Офломелид.
3. Позывы к мочеиспусканию и боли в области мочевого пузыря и уретры- коррекция цистостомического дренажа
4. Инфекция мочевыводящих путей (боль внизу живота, повышение температуры тела) -назначение антибактериальной терапии.
5. Нарушение проходимости катетера или его выпадение из мочевого пузыря- замена катетера.

Принципы ведения пациентов с цистостомами на современном этапе:

Пациентам с цистостомическими дренажами необходимо в наиболее ранние сроки послеоперационного периода выполнять тренировку мочевого пузыря, что может позволить сохранить функционирующий объем органа. Тренировка мочевого пузыря включает периодическое пережатие цистостомического дренажа с последующим разжатием и опорожнением мочевого пузыря при возникновении позыва или не позднее, чем через 2 часа 2 раза в сутки.

Несоблюдение рекомендаций приводит к потере резервуарной функции мочевого пузыря, прогрессирующему склерозу с возможным образованием у пациента микроцистиса, развитию инфекционно-воспалительных осложнений и инвалидизации. Плановая замена цистостомического дренажа производится не

реже 1 раза в месяц. По показаниям осуществляется УЗИ верхних мочевых путей, мониторинг лабораторных показателей азотисто-го обмена, контроль инфекционно-воспалительных изменений со стороны мочевых путей и своевременная коррекция этих нару-шений.

Рекомендации по уходу за цистостомическим дренажом для пациентов. Приложение 2.

АΝΤИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

При наличии уретрального катетера и отсутствии симптомов инфекционно-воспалительного процесса в мочеполовых органах системную антимикробную терапию проводить не рекомендуется.

Антимикробная терапия должна проводиться с учетом резуль-татов определения чувствительности выделенных возбудителей к антибиотикам. Забор мочи для микробиологического исследова-ния рекомендуется выполнять после замены или удаления моче-вого катетера.

Медицинский персонал должен постоянно помнить о риске перекрестной передачи инфекции между катетеризированными пациентами, соблюдать правила обработки рук и пользоваться одноразовыми перчатками.

Пациентам с мочевыми катетерами, установленными в течение 5 и более лет, необходимо рекомендовать ежегодный скрининг на рак мочевого пузыря.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Оказание экстренной медицинской помощи по профилю «уро-логия» регламентировалось нормативными документами.

Приказ ДЗМ от 28.02.2011г. №169 и Приказ ДЗМ от 30 но-ября 2012 г. № 1353 «О порядке оказания экстренной урологи-

ческой помощи маломобильным и цистостомированным больным» регламентировалось, что в рабочие дни с 8 час. 00 мин. до 19 час. 30 мин. экстренная помощь указанной категории больных оказывалась врачами-урологами территориальных амбулаторно-поликлинических учреждений, а в вечернее и ночное время, а также выходные и праздничные дни экстренная помощь оказывалась бригадами Станции скорой и неотложной медицинской помощи, в состав которых входят врачи-урологи ГКБ имени С.П. Боткина, ГКБ № 7, ГКБ № 29, ГКБ № 47, ГКБ № 50, в соответствии с графиком дежурств.

Консультативная и оперативная экстренная помощь медицинским учреждениям, не имеющим в составе специалистов по профилю «урология» оказывалась в соответствии с Приказом ДЗМ от 5 декабря 2012 г. № 1394 «О порядке работы выездных урологических бригад», врачами – урологами стационаров ГКБ имени С.П. Боткина, ГКБ № 7, ГКБ № 29, ГКБ № 70, ГКБ № 50, ГКБ № 68, ГКБ № 57 в соответствии с утвержденным графиком.

С целью дальнейшего совершенствования оказания экстренной помощи урологическим больным созданы специализированные экстренные консультативные урологические выездные бригады скорой медицинской помощи в соответствии с Приказом ДЗМ от 20.01.2016г. № 22 «Об организации оказания специализированной выездной службы скорой медицинской помощи: нейрохирургической, сосудистой, урологической, офтальмологической, оториноларингологической, кардиологической детям, анестезиология-реанимация беременным, роженицам и родильницам, анестезиология и реанимация новорожденным» и отделения неотложной медицинской помощи – Приказ ДЗМ от 24.05.2017г. № 372 «Об организации отделений неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению в структуре ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова»ДЗМ.

Основными функциями урологической бригады СМП являются оказание экстренной консультативной скорой медицинской помощи как дистанционно, так и с выездом в медицинские органи-

зации, на место нахождения пациента с подозрением на наличие острой урологической патологии, при необходимости проведение оперативных вмешательств урологического профиля, осуществление медицинской эвакуации по показаниям и иные функции.

Анализ статистических форм «Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма № 110/у)», отчетных форм о работе специализированных экстренных консультативных урологических выездных бригад показал, что за период с 01.11.2016 г. по 31.10.2017 г. урологическими бригадами СМП получено 4843 вызова, обслужено 4 253 вызова. Возраст пациентов был от 18 до 91 года, средний возраст составил 43,3года. Наиболее частым поводом вызова врача-уролога являлись нефункционирующие мочевые дренажи. Пациенты с доброкачественной гиперплазией предстательной железы составили – 70,2%, с острой задержкой мочеиспускания – 3,5% человек. Проведена замена цистостомического дренажа – у 74%, установка эпцистостомы – у 0,4 % пациентов.

В дневное время с 7:59 до 19:30 часов отмечено большее количество вызовов – 62,6% человек, по сравнению с вечерними и ночных часами – с 20:00 до 7:59 – 37,4% человек.

Среднесуточная нагрузка на урологическую бригаду СМП составила: в 2014 году -10 вызовов, в 2015году -13, в 2017году -14 вызовов.

Создание специализированных экстренных консультативных урологических выездных бригад скорой медицинской помощи ГБУ «СС и НМП им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы позволило оптимизировать оказание экстренной медицинской помощи пациентам с урологическими заболеваниями, находящихся на месте вызова или в стационарах и иных медицинских организациях, при отсутствии в них профильных специалистов.

Дальнейшее совершенствование работы бригад позволит расширить перечень диагностических исследований на догоспитальном этапе оказания экстренной медицинской помощи пациентам с урологической патологией, повысить качество оказания экс-

тренной медицинской помощи и доступность специализированной медицинской помощи по профилю «урология». Дооснащение бригад ультразвуковым и эндоскопическим оборудованием позволит расширить перечень диагностических исследований на догоспитальном этапе оказания экстренной медицинской помощи. Обучение врачей и диспетчеров повысит квалификацию специалистов и качество оказания помощи специализированной урологической бригадой и значительно сократит количество небоснованных вызовов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Урология: учебник/ под ред. Д.Ю.Пушкаря.-2-е изд., перераб. и доп.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017.- с.41-42.
2. Пушкарь Д.Ю., Малхасян В.А., Ходырева Л.А., Дударева А.А. Оптимизация финансовых затрат при оказании медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания в стационаре. Экспериментальная и клиническая урология. 2016;3-6.
3. Российские клинические рекомендации по урологии. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. 2018.-544 с.
4. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов, 2017г.
5. Клинические рекомендации Российского общества урологов и реабилитологов. / под ред. Кривобородова Г.Г.,Салюкова Р.В. 2014; с.3-21.
6. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. N 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» п.5.20-5.31.
7. Альбицкая А.А., Автореферат. Реабилитация больных с эпистостомой. 2008; с.11-14.
8. Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, Gomez Guerra L, Hong SJ, El Khalid S, Ratana-Olarn K; Reten-World Study Group. Management of acute urinary retention: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia. BJU Int. 2012 Jan; 109(1):88-95.

9. Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ, et al. Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. *J Urol* 1997; 158: 481–487.
10. Thomas K, Oades G, Taylor-Hay C, Kirby RS. Acute urinary retention: what is the impact on patients' quality of life? *BJU Int* 2005; 95: 72–76.
11. Pickard R, Emberton M, Neal DE. The management of men with acute urinary retention. National Prostatectomy Audit Steering Group. *Br J Urol* 1998; 81: 712–720.
12. Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ, et al. Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. *J Urol.* 1997; 158: 481–487.

Приложение 1

Уход за уретральным катетером (для пациентов)
Принимать душ 2 раза в сутки, мыть промежность под проточной водой с мылом и просушить полотенцем.
После каждого опорожнения кишечника подмыться и просушить кожу.
Потреблять повышенное количество жидкости под контролем АД для естественного промывания дренажа.
Соблюдать диету с повышенным содержанием клетчатки для нормализации функции кишечника.
Мыть руки с мылом и сушить полотенцем до и после манипуляций с катетером, после опорожнения мочеприемника.
Ежедневно осматривать область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает, отсутствует гиперемия, отечность, трещины кожи, гнойное отделяемое.
При наличии признаков воспаления обратитесь к врачу!
Область головки полового члена освободить от крайней плоти, обработать ее и часть катетера стерильным ватным тампоном или салфеткой, смоченной раствором хлоргексидина (2 раза в день).
Мочеприемник (мешок для сбора мочи) всегда должен находиться ниже уровня мочевого пузыря.
Опорожнять мочеприемник необходимо при наполнении до половины объема (не реже 4 раз) в сутки.
После окончания процедуры туалета половых органов подвернуть дезинфекции весь использованный материал. Вымыть руки с мылом теплой проточной водой.
Мочеприемник не должен соприкасаться с туалетом при сливе мочи в унитаз.
Мочевые катетеры не промывать!

Приложение 2

Уход за цистостомическим дренажом (для пациентов)
Принимать душ 2 раза в сутки, кожу в области живота мыть теплой водой с мылом 1-2 раза в день.
Потреблять повышенное количество жидкости под контролем АД для естественного промывания дренажа.
Соблюдать диету с повышенным содержанием клетчатки для нормализации функции кишечника.
Мыть руки с мылом и сушить полотенцем до и после манипуляций с катетером, после опорожнения мочеприемника.
Ежедневно осматривать кожу вокруг цистостомы: убедиться, что моча не подтекает, отсутствует покраснение, отечность, трещины кожи, гнойное отделяемое вокруг дренажа. При наличии признаков воспаления обратиться к врачу!
Кожу вокруг цистостомического дренажа обрабатывать стерильным ватным тампоном или салфеткой, смоченной раствором хлоргексидина – 2 раза в день. Повязку вокруг катетера после заживления раны накладывать необязательно.
Мочеприемник (мешок для сбора мочи) всегда должен находиться ниже уровня мочевого пузыря.
Опорожнять мочеприемник необходимо по мере наполнения до половины объема (не реже 4 раз) в сутки.
Желательно использовать ножные ремни для мочеприемника
Мочеприемник не должен соприкасаться с туалетом при сливе мочи в унитаз.
После окончания процедуры подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. Вымыть руки с мылом теплой проточной водой.
Мочевые катетеры не промывать!
Применять тренировку мочевого пузыря по рекомендации лечащего врача!

Таблица 1.

**Этиология и тактика лечения при острой задержке
мочеиспускания**

Причины острой задержки мочеиспускания	Первоочередные мероприятия	При неэффективности первоочередных мероприятий
<i>Обтурационные причины</i>		
ДГПЖ	Катетеризация мочевого пузыря Альфа-адреноблокаторы	Троакарная эпистомия
РПЖ	Катетеризация мочевого пузыря	Троакарная эпистомия
Острый простатит	Троакарная эпистомия	
Стриктура уретры	Катетеризация мочевого пузыря	
Нервно-рефлекторная	Рефлекторная стимуляция мочеиспускания Альфа-адреноблокаторы Холиномиметики	Катетеризация мочевого пузыря
<i>Другие причины</i>		
Нейрогенные расстройства мочеиспускания	Катетеризация мочевого пузыря	Троакарная эпистомия
Травма уретры	Троакарная эпистомия	
Прием лекарственных средств	Отмена/замена лекарственных средств Альфа-адреноблокаторы Холиномиметики	Катетеризация мочевого пузыря

Таблица 2.

Алгоритм тактики ведения пациентов с острой задержкой мочеиспускания

