

Обструктивная патология нижних мочевыводящих путей.

**Обструктивная патология нижних
мочевыводящих путей – это
группа заболеваний,
характеризующаяся наличием
обструкции (препятствия к оттоку
мочи) в нижних мочевыводящих
путях.**

К ним относятся:

- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)
- Дивертикулы мочевого пузыря.
- Свищ мочевого протока.
- Первичная атония мочевых путей.
- Аномалии мочеиспускательного канала.
- Врожденная контрактура шейки мочевого пузыря (болезнь Мариона).

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее частых заболеваний у мужчин после 40-50 лет.

При гистологическом исследовании ДГПЖ обнаруживают более чем у 60 % мужчин в возрасте 60 лет, более чем у 40 % мужчин этого возраста имеются ее клинические проявления.

Около 20% мужчин, достигших 60-летнего возраста, отмечают значительное ухудшение качества жизни, связанное с расстройством мочеиспускания.

Обструктивные симптомы:

- ослабление струи мочи;
- затрудненное мочеиспускание;
- ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря;
- задержка мочи.

Ирритативные симптомы:

- императивные позывы;
- прерывистое мочеиспускание;
- учащенное дневное и ночное мочеиспускание;
- невозможность удержать мочу при возникновении позыва.

Обследование пациентов с ДГПЖ.

- сбор анамнеза;
- измерение суммарного балла по международной системе суммарной оценке симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS);
- оценка качества жизни по шкале QOL;
- пальцевое ректальное исследование;
- общий анализ мочи;
- определение мочевины и креатина сыворотки крови;
- экскреторная урография или радиоизотопная нефросцинтиграфия;
- ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы;
- определение количества остаточной мочи;
- урофлоуметрия;
- определение уровня простатоспецифического антигена сыворотки крови (ПСА).

Международная система суммарной оценки заболеваний простаты в баллах (I-PSS)

	нет	Реже, чем 1 раз из 5 случаев	Менее, чем в половине случаев	Примерно в половине случаев	Более половины случаев	Почти всегда
1. В течении последнего месяца как часто у Вас возникало ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
2. В течение последнего месяца как часто у Вас была потребность помочиться ранее, чем через два часа после последнего мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
3. Как часто в течение последнего месяца мочеиспускание было с перерывами?	0	1	2	3	4	5
4. В течение последнего месяца как часто Вы находили трудным временно воздержаться от мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
5. В течение последнего месяца как часто Вы ощущали слабый напор мочевого струи?	0	1	2	3	4	5
6. В течение последнего месяца как часто Вам приходилось прилагать усилия, чтобы начать мочеиспускание?	0	1	2	3	4	5
	нет	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 или более раз
7. В течение последнего месяца как часто в среднем Вам приходилось вставать, чтобы помочиться, начиная со времени, когда Вы легли спать, и кончая временем, когда Вы вставали утром?	0	1	2	3	4	5

Суммарный балл I-PSS S=

Обследование пациентов с ДГПЖ.

- сбор анамнеза;
- измерение суммарного балла по международной системе суммарной оценке симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS);
- оценка качества жизни по шкале QOL;
- пальцевое ректальное исследование;
- общий анализ мочи;
- определение мочевины и креатина сыворотки крови;
- экскреторная урография или радиоизотопная нефросцинтиграфия;
- ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы;
- определение количества остаточной мочи;
- урофлоуметрия;
- определение уровня простатоспецифического антигена сыворотки крови (ПСА).

Качество жизни вследствие расстройств мочеиспускания(QOL)

Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось мириться с имеющимися у Вас урологическими проблемами до конца жизни	очень хорошо	хорошо	Удовлетворительно	Смешанное чувство	Неудовлетворительно	С неудовольствием	С огорчением
	0	1	2	3	4	5	6

Индекс оценки качества жизни $L =$

Обследование пациентов с ДГПЖ.

- сбор анамнеза;
- измерение суммарного балла по международной системе суммарной оценке симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS);
- оценка качества жизни по шкале QOL;
- пальцевое ректальное исследование;
- общий анализ мочи;
- определение мочевины и креатина сыворотки крови;
- экскреторная урография или радиоизотопная нефросцинтиграфия;
- ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы;
- определение количества остаточной мочи;
- урофлоуметрия;
- определение уровня простатоспецифического антигена сыворотки крови (ПСА).

Методы лечения больных ДГПЖ

Медикаментозная терапия

Должна назначаться больным с ДГПЖ с начальными проявлениями нарушения мочеиспускания без вовлечения в процесс верхних мочевых путей и осложнений, больным с относительными и абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению, больным, отказавшимся от оперативного лечения.

Показания к медикаментозной терапии ДГПЖ:

- балл IPSS больше 8;
- QOL не менее 3 баллов;
- Максимальная скорость потока мочи не более 15 и не менее 5 мл/сек;
- Объем мочеиспускания не менее 100 мл;
- Объем остаточной мочи не более 150 мл;
- Наличие противопоказаний к оперативному лечению.

Противопоказания к медикаментозной терапии ДГПЖ:

- подозрение на рак простаты;
- воспалительные заболевания нижних мочевых путей в стадии обострения;
- нейрогенные расстройства мочеиспускания;
- операции на органах малого таза в анамнезе;
- камни мочевого пузыря;
- наличие средней доли;
- макрогематурия, почечная и печеночная недостаточность.

Оперативные методы лечения

Показания к оперативному лечению больных с ДГПЖ:

- острая и хроническая задержка мочеиспускания;
- гематурия;
- камни мочевого пузыря;
- большой дивертикул мочевого пузыря;
- хирургические вмешательства на простате в анамнезе;
- рост простаты преимущественно за счет средней доли;
- невозможность проведения медикаментозной терапии.

**В настоящее время применяются три
основных вида оперативного
вмешательства:**

- трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР);
- открытая простатэктомия;
- трансуретральная инцизия простаты.

Малоинвазивные методы лечения

За последние годы появились различные малоинвазивные методики. Тем не менее, их эффективность и отдаленные результаты до конца не известны, а ближайшие не столь значительные, как при оперативном лечении.

К малоинвазивным методам относятся:

- Простатические стенты.
- Баллонная дилатация.
- Электровапоризация.
- Лазерная абляция.
- Трансуретральная игловая абляция.
- Термопатия.

Дивертикул мочевого пузыря.

Эта аномалия представляет собой выбухание стенки мочевого пузыря в виде кармана, открывающегося в полость пузыря круглыми или овальными отверстиями.

Дивертикулы делятся:

- врожденные (первичные, истинные);
- приобретенные (вторичные, ложные)

Диагноз дивертикула мочевого пузыря устанавливают на основании симптоматики заболевания, УЗИ мочевого пузыря, цистографии и экскреторной урографии, цистоскопии.

Для лечения дивертикула мочевого пузыря применяют хирургический метод. Лечение должно быть направлено на устранение обструкции и восстановление нормального опорожнения мочевого пузыря.

Свищ мочевого протока.

Мочевой проток представляет собой полую трубку, соединяющую у плода мочевой пузырь с пупочным отверстием. К шестому месяцу внутриутробной жизни она обычно облитерируется и превращается в тяж. В отдельных случаях облитерация протока не наступает, и ребенок рождается с пузырно-пупочным свищем. В других случаях мочевой пупочный свищ образуется при жизни у людей различного возраста. Приобретенные свищи свидетельствуют о неполной облитерации мочевого протока.

Диагностика

Локализация свищевого отверстия облегчает распознавание аномалий. При введении раствора метиленовой синьки в пузырь, выделяющаяся через свищевое отверстие моча окрашена в синий цвет, что подтверждает диагноз. Ценные данные получают при рентгенографии мочевого пузыря с контрастированием.

Лечение

В первую очередь следует устранить препятствие к нормальному оттоку мочи – фимоз, стриктура уретры и т.д. В случае, когда устранение препятствия не ведет к закрытию свища, показано оперативное лечение – иссечение мочевого свища на всем протяжении с наложением швов на мочевой пузырь.

Первичная атония мочевых путей.

Первичная атония мочеточника выражается в расширении его просвета при отсутствии механического препятствия к оттоку мочи. Ее следует отличать от вторичной атонии мочеточника инфекционного или ретенционного характера.

Лечение

- Бессимптомная атония одного мочеточника не требует лечения.
- При частых болях, при далеко зашедшем гидронефрозе, особенно инфицированном, показано удаление почки вместе с мочеточником на всем его протяжении.
- При атонии обоих мочеточников лечение сводится к борьбе с инфекцией при помощи антибиотиков и антибактериальных препаратов.
- При атонии мочеточника применяется замещение его петель тонкой кишки на брыжейке – интестинальная пластика. Операция показана при удовлетворительной функции почки.
- При атонии мочевого пузыря и упорной мочевой инфекции показано наложение постоянного мочепузырного свища.

Аномалии мочеиспускательного канала.

- Врожденная облитерация уретры.
- Врожденное сужение уретры.
- Дивертикул уретры.
- Удвоение уретры и парауретральные ходы.
- Гипоспадия.
- Эписпадия.

Врожденная контрактура шейки мочевого пузыря (болезнь Мариона).

Заболевание наблюдается редко. Характеризуется развитием кольцевидной фиброзной ткани в подслизистом и мышечном слоях шейки. При гистологическом исследовании у детей старшего возраста наряду с фиброзом часто обнаруживают признаки хронического воспаления.

Клиническая картина

Зависит от степени выраженности обструкции шейки и длительности заболевания (от незначительного затруднения мочеиспускания при отсутствии остаточной мочи и нарушения функции почек до задержки мочеиспускания по типу парадоксальной ишурии), развития пузырно-мочеточникового рефлюкса, уретерогидронефроза и почечной недостаточности.

Диагноз

- Восходящая уретроцистография.
- Уретроцистоскопия.
- Урофлоуметрия.
- Цистоманометрия.

Лечение

Применяются чреспузырные оперативные вмешательства — продольное рассечение шейки, У-образная пластика или трансуретральная резекция шейки пузыря. В последние годы она получила наибольшее распространение.