

#### Оказание неотложной помощи при урологических заболеваниях

Ряд урологических заболеваний и состояний требуют оказания экстренной медицинской помощи - почечная колика, гематурия, анурия, острая задержка мочеиспускания. Все они при несвоевременном оказании помощи могут привести к тяжелым последствиям, вплоть до гибели больного.

Данные симптомокомплексы могут наблюдаться при разных заболеваниях.

Например, гематурию можно выявить при опухоли мочевого пузыря и при нефроптозе. Острая задержка мочи может быть осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы, но может наблюдаться и при обтурации мочеиспускательного канала конкрементом. Именно по причине полиэтиологичности данных состояний они объединены в одной главе. Другие заболевания, также требующие проведения неотложных лечебных мероприятий: травма мочевых и половых органов, острые воспалительные заболевания мочевых и половых органов - освещены в соответствующих главах.

#### Почечная колика

Почечная колика - неотложное состояние, проявляющееся выраженным односторонним болевым приступом в поясничной области, дизурией, тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения.

Клинические проявления почечной колики возникают в результате растяжения фиброзной капсулы почки из-за острого нарушения оттока мочи из полостной системы почки по мочеточнику или при венозном стазе и полнокровии паренхимы. Наиболее частыми причинами нарушения проходимости мочеточников являются конкременты у пациентов, страдающих мочекаменной болезнью, кровяные сгустки при раке почки, гнойный детрит при нефротуберкулезе, пласты слущенного эпителия и слизь при пиелонефрите. Кроме обструкции мочеточника, почечная колика может возникать при остром нарушении венозного оттока из почки вследствие ее опущения и ротации с уменьшением просвета почечной вены у больных с нефроптозом, а также при тромбозе почечной вены.

Почечная колика возникает при субкапсулярной посттравматической гематоме. Несмотря на такое многообразие причин возникновения почечной колики, в подавляющем большинстве случаев ее развитие связано с обтурацией мочеточника камнем при мочекаменной болезни.

При нарушении проходимости мочеточника давление в почке постепенно возрастает и достигает уровня диастолического, при котором идет процесс клубочковой фильтрации. Выравнивание давления прекращает почечную фильтрацию и вызывает растяжение фиброзной капсулы с силой, равной артериальному диастолическому давлению, поэтому интенсивность болевых ощущений у лиц, страдающих гипертонией.

Множество факторов, приводящих к растяжению почечной капсулы, дают одинаковую клиническую картину, поэтому особенно важно не только распознать синдром почечной колики, но и установить его причину, ибо от этого зависит правильность оказания специализированной помощи.

Минимально необходимые диагностические мероприятия при почечной колике:

- 1) общий анализ мочи - непосредственно в момент болевого приступа в норме;
- 2) обзорная рентгенография почек и мочевых путей - оценка контура почки и выявление рентгенопозитивных конкрементов;
- 3) УЗИ почек и мочевого пузыря - выявление расширения чашечечно-лоханочной системы почек (признак нарушения оттока мочи из почки), обнаружение конкрементов в прилоханочном или предпузырном отделе мочеточника.

По мере купирования приступа почечной колики в анализе мочи появляются неизменные эритроциты, расширение полостной системы почки уменьшается. Выполнять экскреторную урографию в момент болевого приступа целесообразно лишь для дифференцирования почечной колики от других патологических процессов органов брюшной полости, имеющих сходную болевую симптоматику: острого аппендицита, перекрута кисты яичника, кишечной непроходимости и пр. При почечной колике выделение контрастного вещества, используемого при экскреторной урографии, отсутствует со стороны болевого приступа. Наличие контрастирования полостной системы обеих почек и мочеточников свидетельствует об отсутствии почечной колики.

Продолжительность почечной колики зависит от вызвавших ее причин. При мочекаменной болезни солевые скопления или мелкие конкременты дают кратковременную колику, и после их отхождения самочувствие больного полностью улучшается. При нефроптозе введение спазмолитических препаратов и адекватное положение тела (лежа на спине с приподнятым ножным концом кровати) купируют колику в течение 2-3 часов. Если причиной колики является конкремент, который перемещается по мочеточнику медленно и имеет тенденцию к отхождению, то колика периодически повторяется в течение 1-2 суток и заканчивается отхождением камня с мочой. Если же имеется стойкая закупорка мочеточника, то колика после перерастяжения фиброзной капсулы (4-5-е сутки) переходит в следующую фазу, характеризующуюся тупыми болями в пояснице, вздутием живота, тошнотой, замедлением перистальтики кишечника. В последующем при отсутствии должной медицинской помощи развивается гидронефротическая трансформация с нарушением, а затем полным замещением почечной паренхимы с возникновением нефросклероза и гидронефроза.

Наличие почечной колики - показание к экстренной госпитализации пациента. Причиной почечной колики служит нарушение оттока мочи из почки, поэтому целью лечебных мероприятий является восстановление нормального пассажа мочи. Одновременно с нормализацией оттока мочи происходит и исчезновение болей. Лечебные мероприятия для купирования почечной колики подразделяются на несколько этапов.

На первом, доврачебном этапе некоторое облегчение могут принести горячая ванна

и грелка на поясницу, поскольку при тепловом воздействии уменьшается спазм мочеочника.

При неэффективности этих процедур проводят медикаментозное лечение - внутримышечно или внутривенно вводят спазмолитики и анальгетики: баралгин (5 мл), анальгин (2 мл), спазган (5 мл).

Иногда врачу скорой помощи или больницы для снятия болей приходится пользоваться наркотическими анальгетиками, так как обычные средства боль не снимают.

Облегчить отхождение (изгнание) камней и солей в острой стадии колики помогают цистенал (4-5 капель под язык на кусочке сахара каждые 1-2 ч) и цистон (2-3 драже внутрь каждые 2-3 ч), ависан, олиметин и др.

При неэффективности медикаментозного купирования почечной колики на госпитальном этапе проводят катетеризацию мочеочника для обеспечения оттока мочи из почки.

Невозможность проведения мочеочникового катетера на фоне продолжающейся почечной колики служит показанием к экстренному хирургическому вмешательству: чрескожной нефростомии, уретеро-литоэкстракции или уретеролитотомии.

#### Гематурия

Термином «гематурия» обозначают выделение крови с мочой. Гематурия является одним из ведущих урологических симптомов, но может встречаться и при неурологических заболеваниях.

Причины гематурии можно разделить на несколько групп:

- 1) урологические заболевания - мочекаменная болезнь, опухоли и туберкулез почки, мочеочника, мочевого пузыря, инфаркт почки, нефроптоз, травма мочевых путей;
- 2) нефрологические заболевания - гломерулонефрит, наследственные нефропатии, нефриты при системных васкулитах (узелковый пери-артериит, геморрагический васкулит, гранулематоз Вегенера);
- 3) заболевания системы крови - лейкозы, геморрагические диатезы;
- 4) передозировка антикоагулянтов.

Гематурию разделяют на макрогематурию и микрогематурию. При макрогематурии изменение цвета мочи заметно при визуальном осмотре, в то время как при микрогематурии увеличение числа эритроцитов можно обнаружить только в анализах мочи. В зависимости от степени макрогематурии моча может иметь розовую, красную, бурую или темно-вишневую окраску. Часто окрашивание мочи при гематурии определяют как цвет «мясных помоев». Необходимо отметить, что степень кровопотери нельзя оценивать только по окраске мочи, поскольку содержание в 1 литре мочи 1 мл крови уже придает ей красный цвет. Различают инициальную, терминальную и тотальную гематурию. При инициальной, или начальной, гематурии кровью окрашена только первая порция мочи, при терминальной (конечной) - только последняя порция мочи, а при тотальной примесь крови находят во всех порциях.

При наличии гематурии необходимо выявить источник кровотечения. Этому помогают тщательный сбор анамнеза, оценка клинических показателей,

лабораторные и инструментальные исследования. Большое диагностическое значение имеет общий анализ мочи

Гематурию следует отличать от гемоглобинурии и миоглобинурии. При этих состояниях в моче отсутствуют эритроциты. При гемоглобинурии окраска мочи связана с выделением с мочой гемоглобина вследствие распада эритроцитов в сосудах. Гемоглобинурия наблюдается после переливания несовместимой крови, при отравлениях, длительном охлаждении и обширных ожогах. Красно-бурый цвет мочи может придавать миоглобин - белок, близкий по составу к гемоглобину. Миоглобин попадает в кровяное русло и затем в мочу при разрушении мышечных волокон, например, при синдроме длительного сдавления («краш-синдроме»).

Важную клиническую роль играет оценка характера связи между появлением гематурии и возникновением боли в поясничной области. При мочекаменной болезни гематурия возникает, главным образом, при резком повышении внутрилоханочного давления. При этом примесь крови в моче появляется вслед за приступом боли (почечной коликой), т. е. после восстановления оттока мочи по мочеточнику (постболевая гематурия).

При опухоли почки гематурия возникает внезапно и может прекратиться самостоятельно. Как правило, она безболезненна, однако в ряде случаев из-за обтурации мочеточника сгустками крови боль развивается после гематурии (постболевая гематурия).

После подтверждения факта наличия гематурии необходимо выявить ее источник. Важную роль играет визуальная оценка формы кровяных сгустков, которая позволяет предположить локализацию патологического процесса. Червеобразные сгустки, формирующиеся при прохождении крови по мочеточнику, свидетельствуют о болезни почки или мочеточника. Бесформенные сгустки характерны для кровотечения из мочевого пузыря.

Наличие макрогематурии требует срочного обследования больного. Основным методом диагностики служит цистоскопия, которая позволяет определить источник кровотечения в мочевом пузыре или сторону поражения, если причиной гематурии является заболевание почки или мочеточника. Ультразвуковое исследование и экскреторная урография помогают в диагностике этих заболеваний. Для уточнения причины кровотечения иногда выполняют уретроскопию, компьютерную томографию и почечную ангиографию.

Кровоостанавливающие средств начинают применять только после выявления причины гематурии. В противном случае можно существенно затруднить поиск источника кровотечения. Однако при выраженной гематурии, приводящей к кровопотере, угрожающей жизни, лечебные мероприятия необходимо проводить как можно раньше.

Макрогематурия - абсолютное показание к госпитализации в урологический стационар. Тактика лечения зависит от источника и причины кровотечения, величины кровопотери и состояния больного, а также наличия осложнений. Основные задачи лечения пациента с гематурией - остановка кровотечения (консервативными или хирургическими методами) и устранение последствий

кровопотери.

Остановку кровотечения начинают с консервативного лечения - назначения гемостатической терапии. Необходимо обеспечить покой и холод на пораженную область, назначить кровоостанавливающие препараты: 10 мл 10 % раствора кальция хлорида внутривенно, 100 мл 5 % раствора аминокaproновой кислоты внутривенно, 2-4 мл 12,5 % раствора этамзилата (дицинона) внутривенно; при необходимости выполнить переливание свежезамороженной плазмы. При гематурии, связанной с применением гепарина, назначают протамина сульфат внутривенно струйно или капельно, учитывая, что 1 мг протамина сульфата нейтрализует примерно 85 ЕД гепарина.

медицинский помощь анурия мочеиспускание

При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий при продолжающемся кровотечении необходимо переходить к хирургическому лечению. Если источник кровотечения находится в почке, выполняют эмболизацию почечной артерии или, по жизненным показаниям и при условии сохранности противоположной почки, нефрэктомия.

Если источник кровотечения находится в мочевом пузыре, что чаще всего наблюдается при опухоли, то последовательно проводят эндоскопическую коагуляцию кровоточащих сосудов, перевязку внутренних подвздошных сосудов и резекцию мочевого пузыря.

Анурия

Анурия - отсутствие мочи в мочевом пузыре или накопление в нем не более 50 мл мочи за сутки. Необходимо отличать анурию от острой задержки мочеиспускания, при которой мочевой пузырь переполнен мочой, но акт мочеиспускания невозможен из-за препятствия ее оттоку по уретре (острая задержка мочеиспускания). При анурии мочевого пузыря пуст.

Моча не выделяется почками или не поступает в мочевой пузырь вследствие сдавления либо обструкции мочеточников.

В зависимости от причины различают секреторную (преренальную, ренальную, аренальную и рефлекторную) и экскреторную (постренальную) анурию.

Преренальная анурия возникает в результате прекращения притока крови к почкам. Это возможно при острой сердечной недостаточности (имеют место периферические отеки, задержка жидкости в тканях и

серозных полостях), вследствие тромбоза или эмболии почечных сосудов, тромбоза нижней полой вены, сдавления этих сосудов забрюшинно расположенной опухолью или расслаивающей аневризмой аорты; при эклампсии, родах, дегидратации (в результате кровопотери, диареи, неукротимой рвоты или поноса). Преренальная анурия может возникнуть при обильной кровопотере (травматической, послеродовой и др.), в результате шока (септического, геморрагического, болевого, посттрансфузионного, аллергического и др.), т. е. при патологических состояниях, сопровождающихся снижением систолического артериального давления ниже 50 мм рт. ст.

Ренальную анурию обуславливают патологические процессы в самой почке, приводящие к поражению почечной паренхимы (клубочкового аппарата почки). Она

возникает на поздних стадиях хронического гломеруло- и пиелонефрита, нефроангиосклероза (вторично сморщенная почка), при поликистозе, нефротуберкулезе и других болезнях почек.

Ренальная анурия возможна при остром гломерулонефрите, остром интерстициальном нефрите, при системных коллагенозах, васкулитах, сепсисе, переливании несовместимой крови, поражении почек при обширных ожогах, массивных травмах с разрывом мышц. Кроме того, ренальная анурия может развиваться после обширных хирургических операций в результате всасывания продуктов тканевого распада, после септических абортов и родов. Причиной ренальной анурии может оказаться прямое воздействие на почечную ткань токсичных веществ - ядов или лекарственных препаратов (отравление ртутью, фосфором, свинцом, уксусной кислотой, солями тяжелых металлов, суррогатами алкоголя, сульфаниламидными препаратами, антибиотиками и др.).

Аренальная анурия встречается относительно редко. Она наблюдается у новорожденных при врожденном отсутствии (аплазии) почек. Отсутствие мочи у новорожденных в течение первых 24 часов жизни не является патологией, тогда как если моча не выделяется в течение более продолжительного периода времени, то состояние расценивается как анурия и требует незамедлительных диагностических и лечебных мероприятий. Необходимо помнить, что у новорожденных может наблюдаться задержка мочи, обусловленная сращениями в области наружного отверстия уретры или врожденными клапанами уретры, спазмом сфинктера мочевого пузыря. Другой причиной аренальной анурии является отрыв единственной или единственно функционирующей почки от сосудистой ножки в результате травмы или хирургической операции.

Клинические проявления анурии. Первоначально прекращаются позывы к мочеиспусканию. Спустя 1-3 дня возникают признаки уремической интоксикации, проявляющиеся потерей аппетита, сухостью во рту, запахом аммиака изо рта, жаждой, тошнотой, рвотой, запорами, которые по мере нарастания уремии сменяются поносом. Постепенно развиваются симптомы поражения центральной нервной системы: астения, головная боль, боли в мышцах, сонливость, иногда возбуждение, бредовые состояния, а также признаки легочной (одышка) и сердечно-сосудистой недостаточности (гипотензия, брадикардия, аритмия). Возможны периферические отеки.

Диагностика. При возникновении анурии необходимо выполнить обследование, направленное на выявление ее причины, с использованием данных анамнеза, ультразвуковых, рентгенологических и инструментальных методов исследования, а также анализов крови развития анурии может быть тромбоз почечных вен.

Главным диагностическим признаком, свидетельствующим об анурии, является отсутствие мочи в мочевом пузыре. Это может быть определено перкуторно, подтверждено результатами УЗИ или с помощью катетеризации мочевого пузыря. По данным компьютерной томографии и на обзорном снимке мочевых путей может обнаруживаться тень рентгеноконтрастного конкремента в проекции мочевых путей. В связи с острым нарушением выделительной функции почек (о чем

свидетельствует выраженная гиперазотемия) выполнение экскреторной урографии у больных с анурией невозможно.

Целесообразно выполнить УЗИ для определения размеров почек, выявления расширения полостной системы. Увеличение размеров почки и пиелокаликотазия указывают на нарушение оттока мочи из нее, что чаще всего связано с обтурацией мочеточника камнем, сгустком крови и др., т. е. более вероятна постренальная анурия. Свободное прохождение катетера по мочеточнику в лоханку почки исключает его обструкцию и свидетельствует о вероятной прerenальной или ренальной анурии. На компьютерных томограммах могут быть выявлены камни мочеточников, опухолевые образования, приводящие к сдавлению мочеточника, а также травматические повреждения почек, сопровождающиеся разрывом паренхимы почек и формированием паранефральной гематомы в забрюшинной области. Вследствие накопления продуктов белкового распада развивается выраженная гиперазотемия. В плазме крови также повышается содержание калия, хлоридов, нелетучих органических кислот, возникает метаболический ацидоз, нарушается водный и солевой обмен, снижается содержание бикарбонатов в плазме крови, характерны гипокоагуляция, нарушение электролитного баланса (гиперкалиемия, гипонатриемия).

Неотложная помощь. У больных с прerenальной и ренальной формой секреторной анурии неотложная медицинская помощь должна быть направлена на поддержание сердечно-сосудистой деятельности. При явлениях сосудистой недостаточности, коллапса следует ввести подкожно 1-2 мл 10 % раствора кофеина, внутривенно - 20 мл 40 % раствора глюкозы и положить грелки к ногам. При шоке необходимо как можно быстрее добиться восстановления нормального уровня артериального давления. При большой кровопотере требуется немедленное ее возмещение и применение средств, способствующих стабилизации центрального венозного давления, для чего используют внутривенное введение кровезаменителей - 400-800 мл декстрана (полиглюкина), 300-500 мл гемодеза. Больных с шоковым состоянием целесообразно госпитализировать в отделение интенсивной терапии и реанимации для проведения гемодиализа. Эффективно сочетание гемодиализа с гемо-сорбцией, что позволяет помимо снижения гиперазотемии добиваться коррекции водного и солевого обмена.

При ренальной анурии показана срочная госпитализация в стационар, в котором можно выполнить гемодиализ или перитонеальный диализ. Назначают антидоты, проводят инфузионную дезинтоксикационную терапию и мероприятия, направленные на нормализацию водно-электролитного баланса и устранение азотемии (промывание желудка, назначение энтеросорбентов и унитиола, гемосорбцию, плазмаферез, перитонеальный диализ). Целесообразны внутривенные инфузии осмотических диуретиков.

При постренальной анурии оперативное вмешательство, срочная госпитализация в урол или хир отделение, где можно выполнить рентген и УЗИ и оказать экстренную

помощь, включающую катетеризацию мочеточников, а при невозможности ( выше препятствия - перкутанную нефростомию. Перед этим вмешательством целесообразно провести сеанс гемодиализа, и только затем устанавливать нефростомический катетер с наиболее функционально сохранной стороны, что может быть определено с помощью радиоизотопной ренографии или УЗИ (на стороне наибольшего расширения полостной системы почки). Важно помнить, что болевой синдром в поясничной области интенсивнее выражен на стороне функционально более сохранной почки.

Таким образом, анурия является состоянием, угрожающим жизни больного, требующим неотложной медицинской помощи и срочной госпитализации. Совокупность необходимых лечебных мероприятий зависит от причины анурии (см. также главу 13). Эффективность неотложной помощи больным с анурией во многом определяется своевременностью ее оказания и наличием современной диагностической и лечебной аппаратуры.

Острая задержка мочеиспускания

Острая задержка мочеиспускания - это невозможность мочеиспускания при наполненном мочевом пузыре.

Острая задержка мочеиспускания не является самостоятельной нозологической формой, а возникает как осложнение других заболеваний.

Этиология, виды и патогенез острой задержки мочеиспускания

1. Обтурационная острая задержка мочеиспускания является следствием обструкции шейки мочевого пузыря и уретры при ДГПЖ, стриктуре уретры, склерозе шейки мочевого пузыря, остром простатите, раке предстательной железы и т. п. При этом острой задержке мочеиспускания предшествуют симптомы хронической задержки мочи.

2. Нервно-рефлекторная острая задержка мочеиспускания возникает при нарушении нервной регуляции детрузора и сфинктерного аппарата мочевого пузыря.

Наблюдается как снижение сократительной

способности детрузора, так и значительное повышение тонуса гладких мышц сфинктера мочевого пузыря. Рефлекторная острая задержка мочеиспускания чаще наблюдается после операций в области малого таза и под общим обезболиванием.

Она может быть связана с невозможностью для пациента осуществить акт мочеиспускания в положении лежа или болью в области послеоперационной раны.

Кроме того, она может возникнуть при алкогольном опьянении, испуге, истерии.

3. В некоторых случаях острая задержка мочеиспускания может развиваться из-за нейрогенных расстройств мочеиспускания при заболеваниях центральной и периферической нервной системы, травме мочеиспускательного канала, приеме лекарственных препаратов, снижающих силу сокращения мочевого пузыря (наркотических анальгетиков, спазмолитических препаратов, некоторых видов антидепрессантов, транквилизаторов, антихолинергических средств).

У детей острая задержка мочеиспускания чаще всего обусловлена инородными телами нижних мочевых путей или страхом перед мочеиспусканием из-за резкой боли при цистите или уретрите.



Клинические проявления. Острая задержка мочеиспускания наступает внезапно и сопровождается императивными позывами на мочеиспускание, сильными болями в надлобковой области, чувством распирания внизу живота. При большом количестве мочи вершина пузыря часто оказывается на уровне пупка и может содержать более 1 л мочи.

Диагностика. При осмотре у пациентов, особенно астенического телосложения, видно выпячивание в надлобковой области (симптом «шара»). Перкуторно над мочевым пузырем определяется тупой звук. Пальпация болезненна, прощупывается переполненный мочевой пузырь, возникают резкие позывы на мочеиспускание. При УЗИ над лобком определяется анэхогенное образование значительных размеров - переполненный мочевой пузырь.

Дифференциальная диагностика. Необходимо проводить дифференциальную диагностику острой задержки мочеиспускания, анурии и парадоксальной ишурии. При анурии нет позывов на мочеиспускание, мочевой пузырь пуст, поэтому при осмотре передней брюшной стенки нет выпячивания, притупления перкуторного звука и мочевой пузырь не пальпируется. При УЗИ в мочевом пузыре не определяется моча. Характерны клинические признаки острой почечной недостаточности. При парадоксальной ишурии пациент не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, он переполнен, но моча произвольно выделяется каплями. В анамнезе - заболевание, приводящее к развитию инфравезикальной обструкции (чаще всего ДГПЖ).

Лечение. Острая задержка мочеиспускания требует оказания экстренной помощи - опорожнения мочевого пузыря.

Способы опорожнения мочевого пузыря при острой задержке мочеиспускания:

- медикаментозная терапия (применение  $\beta_1$ -адреноблокаторов и холиномиметиков, антихолинэстеразных препаратов);
- интермиттирующая катетеризация мочевого пузыря;
- установка постоянного уретрального катетера Фолея;
- капиллярная пункция мочевого пузыря;
- троакарная пункция мочевого пузыря;
- эпицистостомия.

Для правильного определения метода опорожнения мочевого пузыря необходимо выяснить причину острой задержки мочеиспускания.

При травмах и при подозрении на стриктуру мочеиспускательного канала для определения проходимости мочевых путей выполняют ретроградную уретрографию.

Если мочеиспускательный канал проходим и не поврежден, то, соблюдая стерильность, устанавливают катетер Фолея. Если выявлена травма уретры или не удастся установить уретральный катетер, проводят троакарную цистостомию или эпицисто-стомию.

При выполнении троакарной цистостомии после местной анестезии кожу на месте вкола троакара рассекают скальпелем на протяжении 1 см. Троакар с катетером продвигают вертикально через апоневроз и мягкие ткани в полость мочевого пузыря. Если катетер установлен правильно, появляется струя мочи.

Эпицистостомия применяется для отведения мочи на длительные сроки. Основная задача операции - формирование мочепузырного свища. Для этого катетер (чаще всего Петцера) фиксируют к стенке мочевого пузыря, апоневрозу и к коже.

Мочевой пузырь опорожняют постепенно, по 300-400 мл. Быстрое опорожнение может вызывать резкое снижение давления в полости мочевого пузыря и чашечно-лоханочной системе почек. Это приводит к повреждению расширенных вен мочевого пузыря и лоханок с возникновением интенсивной, трудно купируемой гематурии.

Профилактика. Профилактика острой задержки мочеиспускания непосредственно связана с причинами ее развития. У мужчин старше 50 лет необходимо своевременное выявление и лечение заболеваний предстательной железы (доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы).

При плановых оперативных вмешательствах, особенно длительных и на органах таза, целесообразно учить больных мочиться лежа. Для профилактики послеоперационной острой задержки мочеиспускания хорошо себя зарекомендовал прием  $\beta_1$ -адреноблокаторов в пред- и послеоперационном периоде...