

ния у мужчин наблюдается на фоне острого простатита. К острой задержке мочи приводит перекрытие шейки мочевого пузыря опухолью или конкрементом, нередко она возникает вследствие травматического повреждения уретры. Механические причины задержки мочеиспускания у женщин отмечаются сравнительно редко, к их числу относится стриктура уретры, как правило, постгормональной природы.

Острая задержка мочеиспускания может быть также обусловлена нарушением иннервации мочевого пузыря и его сфинктерного аппарата, что наблюдается при травматическом или опухолевом поражении поясничного отдела спинного мозга, инсульте, а также диабетической ангио- и полинейропатии.

Особым видом является послеоперационная задержка мочеиспускания, которая возникает в силу нескольких причин: непривычного положения при мочеиспускании у лежачих больных, угнетении функции детрузора после наркоза, появлении болей в ране при на протяжении брюшной стенки, а также застоя в мочеполовом венозном сплетении при длительном постельном режиме. Однако у пожилых мужчин следует с должным вниманием относиться к данному осложнению в силу высокой частоты встречаемости у данной категории больных органических причин задержки мочеиспускания.

В клинической картине острой задержки мочеиспускания основными симптомами являются боль в нижних отделах живота и частые мучительные позывы на фоне отсутствия самостоятельного мочеиспускания. В ряде случаев отмечается наличие сопутствующего пареза кишечника.

При обследовании больного необходимо выяснить характер мочеиспускания до возникновения острой задержки мочи, а также наличие подобных эпизодов в прошлом и их исход. Кроме того, важно установить время последнего самостоятельного мочеиспускания и наличие в моче патологических примесей (кровь, гной).

При осмотре мочевого пузыря может определяться в виде опухолевидного образования над лоном. Пальпация переполненного мочевого пузыря сопровождается усилением позывов к мочеиспусканию. Перкуссия позволяет определить размеры мочевого пузыря по локализации его верхней границы.

Обязательным является выполнение пальцевого ректального исследования. Если простата увеличена в размерах или имеет шарообразную форму, эластичную консистенцию и ровные контуры, а междолевая борозда сглажена, можно заподозрить ее доброкачественную гиперплазию. Напротив, если железа бугристая, в ней определяются узлы каменистой плотности, следует предполагать наличие рака простаты. Увеличенная, отечная, резко болезненная железа при соответствующей клинической картине является признаком острого простатита.

Обследование больных с острой задержкой мочи должно включать УЗИ органов мочевыделительной системы, позволяющее выявить расширение чашечно-лоханочной системы, и определить наличие конкрементов и опухолей.

Трансректальное УЗИ эффективно для диагностики патологии простаты, поскольку с его помощью определяются размеры железы и имеющиеся аденоматозные узлы.