

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
РЕТЕНЦИЈА НА УРИНА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицината, заснована на докази при постоење на ретенција на урина.

Член 2

Начинот на третман на ретенција на урина е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на ретенција на урина по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот, може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8997/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

РЕТЕНЦИЈА НА УРИНА

МЗД Упатство
31.3.2009

- Основни правила
- Симптоми и знаци
- Етиологија
- Третман
- Понатамошни испитувања
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Акутната симптоматска ретенција на урина мора веднаш да се третира при самиот преглед (на клиниката).
- Видлива ретенција (над 1000 мл) треба да се третира со цистостома, поставување на катетер, или повторувана катетеризација¹.
- Да се земат во предвид медикаментите на пациентот како потенцијална причина за ретенција (антихолинергични и симпатикомиметични лекарства).

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Болка во долниот абдомен (најчесто отсуствува кај бавно создавана ретенција).
- Инконтиненција заради преполнетост или зголемена фреквенција на мокрење.
- Зголемен палпабилен мочен меур.
- Зголемен мочен меур кој може да се перкутира (посензитивна процедура од палпацијата).

ЕТИОЛОГИЈА

- Бенигна простатична хиперплазија (БПХ) (возраст, ДРП).
- Постоперативна ретенција.
- Стрикура на уретра.
- Мукозен пролапс на уретра или пролапс на утерус или миом кај жени.
- Неурогени причини (повреди на `рбетот, интервертебрална дискус хернија, мултипла склероза, дијабетес, алкохолна или токсична неуропатија).
- Функционални причини (болка, притисок, изложување на ладно).
- Лекови (симпатикомиметици, антихолинергици, трициклични антидепресанти).

ТРЕТМАН

- Пред отпочнување на третманот, потребно е правење на ултрасонографија за одредување на степенот на ретенција и волуменот на урина, без одложување¹.
- Да се направи **еднократна катетеризација** ако:
 - Ретенцијата не е голема.

- Кај постоперативната ретенција ако од последното мокрење поминале најмалку 6 часа и пациентот не мокри и покрај настојувањето и аналгетиците.
- Супрапубична цистостомија се препорачува како првична процедура ако:
 - Ретенцијата е голема (над 1000 мл според ултразвук или мочниот меур го достигнува нивото на папокот).
 - Пациентот има комплицирана стриктура на уретра.
 - Ако зголемената простата претходно прави проблем при катетеризација.
 - Ако повторна ретенција се јавува по првичната катетеризација.
- Цистостомата може да се извади ако пациентот повеќе пати нормално мокри и резидуалната урина е помалку од 200 мл.
- Голема ретенција без проблеми со анатомска катетеризација може да се третира со поставување на силиконски катетер 2. Да се стреми кон вадење на катетерот 3 дена по поставувањето.
- Целиот волумен може да се испразни одеднаш. Во финалната фаза на празнењето, урината може да биде крвава заради мали оштетувања на мукозата на мочниот меур, предизвикани од преполнувањето.
- Медикаментозен третман
 - Кај постоперативна ретенција, корисен е краток третман со алфа-блокери.
 - Кај ретенција заради БПХ се користат алфа-блокери (тамсулозин хидрохлорид или алфузосин (ннд=Б); види 3). Третманот бара внимателно следење и мерење на количеството на резидуална урина. Ако ретенцијата е предизвикана од БПХ, операцијата станува неопходна, порано или подоцна.
- За индикации за хируршки третман, види 3.

ПОНАТАМОШНИ ИСПИТУВАЊА

- Во повеќето случаи на ретенција заради БПХ, потребно е следење на пациентот.
- Примерок на урина треба да се земе кај сите пациенти.
- Нема потреба од други испитувања ако пациентот кој имал ретенција прв пат има некој од предиспонирачките фактори, на пр. алкохол, изложеност на ладно, состојба по операција или престој во кревет заради акутна болест.
- Ретенција без евидентна причина и рекурентна ретенција се индикација за следниве лабораториски испитувања: серумски креатинин, ниво на шеќер во крв и кај мажи серумски простата специфичен антиген (ПСА).
 - Ако порастот на концентрацијата на серумскиот креатинин за време на ретенцијата е поврзан со опструкција, тој бргу се нормализира.
 - Внимание! Ретенцијата и катетеризацијата ја покачуваат вредноста на ПСА и ако таа е добиена под наведените околности, таа не е валидна. Ако вредноста е покачена, треба да се повтори испитувањето по 3-4 недели.
- Доколку ретенцијата се повторува, треба да се консултира специјалист.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Холинергични агенси и интравезикална администрација на простагландини може да биде корисна во третманот на постоперативна уринарна ретенција, иако доказите се инсуфициентни(ннд=Д).

РЕФЕРЕНЦИ

1. McNeill SA, Hargreave TB, Members of the Alfaur Study Group. Alfuzosin once daily facilitates return to voiding in patients in acute urinary retention. J Urol 2004 Jun; 171(6 Pt 1):2316-20.
[PubMed](#)

Authors: Teuvo Tammela Article ID: ebm00235 (011.005) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 31.3.2009 www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до март 2014 година.**