

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**  
**КАТЕТЕРИЗАЦИЈА НА МОЧНИОТ МЕУР И СУПРАПУБИЧНА**  
**ЦИСТОСТОМИЈА**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицината, заснована на докази при катетеризација на мочниот меур и супрапубична цистостомија.

**Член 2**

Начинот на катетеризација на мочниот меур и супрапубична цистостомија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на катетеризација на мочниот меур и супрапубична цистостомија 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. 07-8996/2

30 ноември 2013 година

Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## КАТЕТЕРИЗАЦИЈА НА МОЧНИОТ МЕУР И СУПРАПУБИЧНА ЦИСТОСТОМИЈА

МЗД Упатство  
28.10.2009.

- Избор на метод за празнење на мочниот меур
- Катетери
- Катетеризација
- Супрапубична цистостомија
- Повторени катетеризации
- Долготрајна катетеризација
- Поврзани извори
- Референци

### ИЗБОР НА МЕТОД ЗА ПРАЗНЕЊЕ НА МОЧНИОТ МЕУР

- Повторена катетеризација е претпочитан метод(ннд=Б).
- Ако е тоа можно (пациентот има опструкција, уринарниот аутпут/час мора да се мониторира, катетеризацијата не може да се спроведува дома кај долготрајна грижа или пациентот има значајна ретенција >1000мл), се препорчува супрапубичната цистостомија.
- Ако е потребата за катетеризација привремена, капацитетот на мочниот меур е мал, или постојат оперативни лузни во долната половина на абдоменот (ризик од перфорација на црево при инсерција на цистостомија) тенок силиконски или ПВЦ катетер би требало да се користи.
  - Ако е достапна, веднаш се прави ултрасонографија пред да се постави перкутана цистостомија, отсуството на црево помеѓу мочниот меур и абдоминалниот ѕид може да се потврди со сигурност.
- Ако е урината крвава, ПВЦ катетер Ch 16 може да се употреби 1.
- Перманентно носење на катетер не би требало да биде без медицински причини кај инконтинентни пациенти при долготрајна грижа.

### КАТЕТЕРИ

- Големината на катетерот е неговата циркумференција во милиметри. Дијаметарот на катетерот е приближно циркумференцијата, поделена со 3.
- Силиконот или ПВЦ се најпогодни материјали за долготрајна катетеризација и доведуваат до најмала иритација на ткивото.

### ПОСТАВУВАЊЕ НА КАТЕТЕР

- Се мие орифициумот на уретрата со антисептичен раствор(нпр. 0.01% хлорхексидин).
- Се инјектира 20мл гел во уретрата на мажи (и нешто помалку кај жени). Се преферира употреба на гел кој содржи анестетик.
- И инјектирањето на гелот и пласирањето на катетерот би требало да се направат нежно и бавно.
- Кај мажите, пенисот се исправува до агол од 90 степени во однос на телото, со цел да се олесни инсерција на катетерот.

- Балонот се полни само кога сме сигурни дека и врвот на катетерот и балонот се во мочниот меур: урината оттекува слободно или ако мочниот меур е празен, физиолошкиот раствор кој се инјектира во катетерот поминува слободно.
- Доколку катетерот не може да се пласира со внимателно ракување, треба да се направи обид со Thiemann катетер. Да не се врши обид за повторување на процедурата, туку да се направи цистостомија. Ако пациентот има зголемена простата, промена на катетерот со поголем е често од помош. Ако пациентот имал тренасуретрална ресекција на простатата, симултатна тренсаректална елевација на простатата овозможува катетерот полесно да најде пат до мочниот меур.

## **СУПРАПУБИЧНА ЦИСТОСТОМИЈА**

- Поставување на катетер
  1. Проверка дали процедурата е индицирана.
  2. Мочниот меур би требало да е исполнет со најмалку 300мл урина(уринарна ретранција или минимум 4 часа поминато од последното мокрење). Ако ултрасонографијата е лесно достапна, определување на локацијата и волуменот на мочниот меур пред процедурата секогаш се препорачува.2.1. Ултрасоногарфскиот преглед исто така укажува дека цревата не се наоѓа помеѓу мочниот меур и абдоминалниот сид.
  3. Кожата се чисти со на пр. 0.01% раствор на хлорхексидин.
  4. Се инфилтрира 1% лидокаин во пределот на кожата точно над симфизата (приближно во широчина на два прста) или токму проксимално над неа со долга тенка игла (на пр. игла за лумбална пункција). Аспирацијата на урина ја потврдува локализацијата на мочниот меур и неговата длабочина. Не се инјектира аспирираната урина во ткивото на абдоминалниот сид при враќањето на иглата нанзад. Важно е да се инјектира анестетик и во сидот на мочниот меур.
  5. Се прави мала инцизија на кожата со ланцета, се пласира игла за цистостомија перпендикуларно на кожата во мочниот меур и се поставува катетер.
  6. Иглата се вади и се внимава да не се извади и катетерот. Се отстранува иглата.
  7. Катетерот се фиксира со полнење на балонот или со шевови.
  8. Пациентот ќе се обиде да мокри со пласиран катетер (откако тој ќе се затвори). Ако мокрењето се повтори успешно и волуменот на резидуалната урина е помал од 200мл, катетерот пласиран заради уринарна ретенција, може да се отстрани.

## **ПОВТОРНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ**

- Блиску е до физиолошкиот начин на празнење на мочниот меур.
- Пациентот се учи во болница (и се обезбедуваат пишаните инструкции).
- Катетеризација би требало да се повторува доволно често, така што мочниот меур да биде исполнет повеќе од 500мл.
- Ако пациентот не е потполно во можност спонтано да мокри, препорачана зачестеност за катетеризација е 4 пати на ден. Доколку по третманот остатокот на урина е голем, неколку катетеризации може да се доволни.
- Најдобар тип на катетер е оној покриен со хидрофилен лумбрификант и кој може лесно да се навлажи и лумбрифицира со вода. Додатна лумбрификација со гел кај овој катетер не е потребна.
- Кај самокатетеризација, доволно е пациентот само добро да ги измие рацете пред процедурата. Во болница би требало да се користи асептична техника.
- Антимикробни лекарства не се препорачуваат. Само симптоматски инфекции се третираат. Рутински примероци на урина не се собираат, иако најголем дел од пациентите, подложени на повторувачки катетеризации имаат бактериурија која е клинички несигнификантна.

## ДОЛГОТРАЈНА КАТЕТЕРИЗАЦИЈА

- Се преферира силиконски катетер( големина Ch 12-14). ПВЦ катетер (со голем внатрешен дијаметар) е најпрактичен доколку урината е крвава и испирањето на мочниот меур е неопходно.
- Кај долготрајна катетеризација, балонот би требало да се полни со 5% физиолошки раствор или глицерол раствор.
- Катетерот не треба да се влече надолу со гравитацијата и кесата секогаш треба да е наместена под мочниот меур (се користи кеса фиксирана за натколеницата).
- Антибиотска профилакса не е индицирана за пациенти кои носат катетер(ннд=Ц). Симтоматските ИУТ би требало да се третираат. Пред почеток на терапијата, примерок се зема со асептична пункција на катетер.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Уринарни катетери, покриени со легура на сребро, споредени со стандардни катетери, изгледа, дека намалуваат бактериурија за време на краткотрајна катетеризација и може да намалат цена на чинење(ннд=Б).
- Профилакса со антибиотици може да ја намали стапката на симтоматски инфекции на уринарниот тракт кај жени со краткотрајна уретрална катетеризација постоперативно(ннд=Ц).
- Отстранување на краткотрајно пласиран уретрален катетер на полноќ, спореден со отстранувањето рано на наутро, може да е од корист, резултирајќи во поминување на сигнификантно поголем волумен на урина, подолго време на првото мокрење и пократок период на хоспитализација(ннд=Ц).
- За да се избегне уринарна ретенција може да е корисна употреба на катетер постоперативно, по можност, употреба на супрапубичен, отколку на уретрален катетер, по урогенитални операции кај возрасни. Инфекциите на уринарен тракт може да се ретки кога катетерот се отстранува порано(ннд=Ц).
- Не постојат докази кои индицираат кој тип на катетер е најдобар за употреба кај пациенти кои имаат потреба од долготрајна дренажа на мочниот меур. Перманентно носење на катетер не би требало да се прави без медицински причини кај пациенти со инконтиненција во долготрајен период на грижа (ннд=Д).
- Постои недостиг на докази за тврдења дека инциденца на инфекции на уринарниот тракт кај лица кои користат интремитентна катетеризација е попогодна со употреба на стерилна и чиста техника, обложен или необложен катетер, единечно(стерилно) или повеќекратно употребени (чисти) катетери, самокатетеризација или катетеризација од страна на друго лице или која било друга стратегија(ннд=Д).
- Супрапубична катетеризација изгледа дека е со предност во однос на носење на уретрален катетер во поглед на бактериурија, рекатетеризација и дискомфорт кај возрасни за краткотрајна дренажа на мочниот меур. Интремитентна катетеризација изгледа е поврзана со помал ризик од бактериурија отколку носење на еден постојан катетер, но може да е многу поскапа (ннд=Б).

## РЕФЕРЕНЦИ

1. Lamont T, Harrison S, Panesar S, Surkitt-Parr M. Safer insertion of suprapubic catheters: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. BMJ 2011 Feb 24; 342():d924. [PubMed](#)

Authors: Teuvo Tammela Article ID: ebm00242 (011.031) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 28.10.2009. [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до октомври 2014 година.**