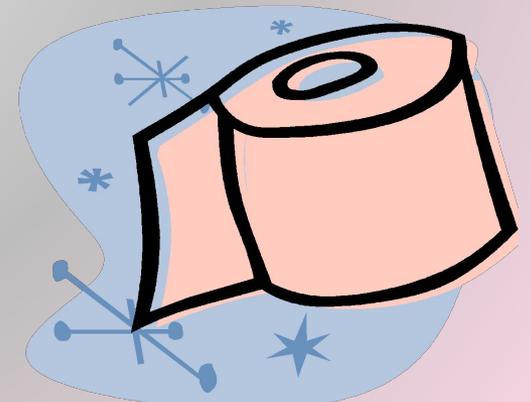


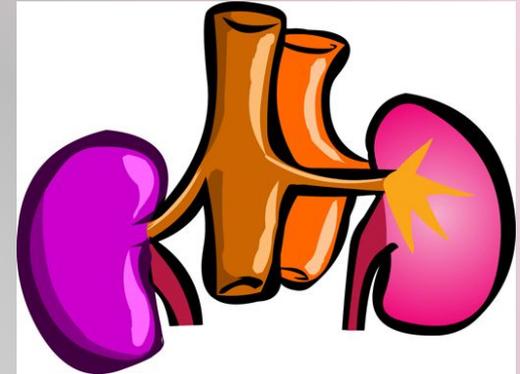


Потребность в физиологических отправлениях



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания

Олигурия — уменьшение количества выделяемой за сутки мочи

Внепочечные причины

**Ограничение потребления
жидкости**

Усиленное потоотделение

Профузные поносы

Неукротимая рвота

**Задержка жидкости в организме
у больных с сердечной
недостаточностью**

Нарушения функции почек

Гломерулонефрит

Пиелонефрит

Уремия

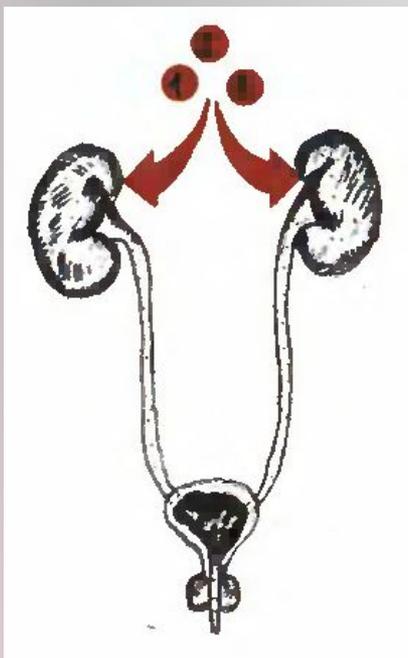


1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания

Анурия — это резкое уменьшение (до 200 - 300 мл в сутки) или полное прекращение выделения мочи.

Секреторная анурия обусловлена выраженным нарушением клубочковой фильтрации, что может наблюдаться при шоке, острой кровопотере, уремии.



Экскреторная анурия (ишурия) связана с нарушением отделения мочи по мочеиспускательному каналу или со снижением функции мочевого пузыря при сохраненной функции почек.

Парез мускулатуры мочевого пузыря, ведущий к невозможности нормального его сокращения и опорожнения

Увеличение размеров предстательной железы (аденома, рак), сдавливающей мочеиспускательный канал

Стриктура уретры



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

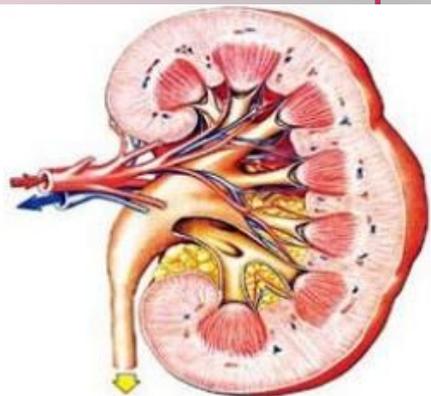
Нарушение мочеиспускания

Урежение мочеотделения

Уменьшении суточного отделения мочи (олигурии), например, при остром и хроническом гломерулонефрите, уремии

Образовании и усилении отеков любого происхождения за счет задержки жидкости в организме

Значительной внепочечной потере жидкости (интенсивное потоотделение, неукротимая рвота, понос)



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

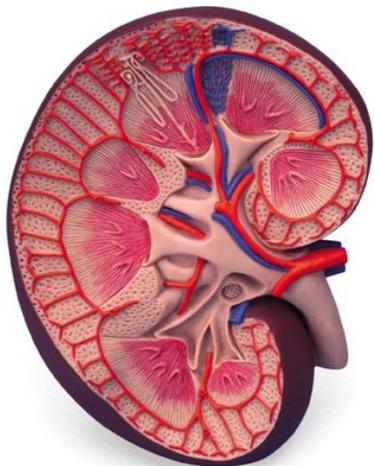
Нарушение мочеиспускания

Поллакиурия (учащение мочеотделения)

При увеличении суточного отделения мочи

В период схождения отеков любого генеза или при применении мочегонных средств

При воспалении мочевого пузыря (цистите) или мочеиспускательного канала (уретрите)



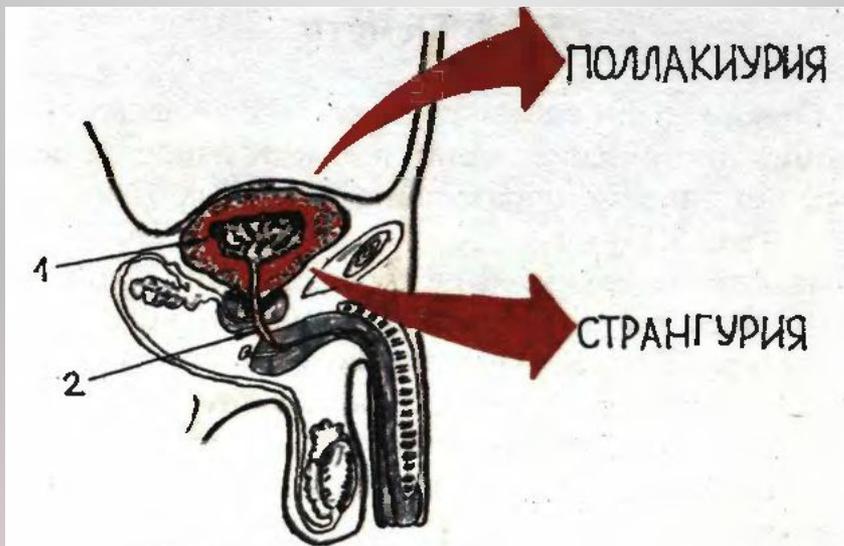
1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания

Странгурия - болезненность и рези при мочеиспускании

Частый признак воспаления мочевого пузыря и/или уретры, как правило, сочетающийся с поллакиурией.

Боль локализуется внизу живота, над лобком, и сопровождается резью в мочеиспускательном канале. Следует помнить, что при цистите боль и резь наступают в конце мочеиспускания, т. е. при максимальном сокращении мочевого пузыря. При уретрите боль и резь появляются во время мочеиспускания и нередко сохраняются некоторое время после мочеиспускания.



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи



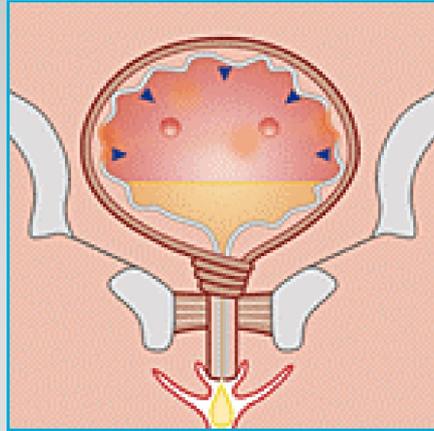
Недержание мочи – потеря контроля над выделением мочи из мочевого пузыря

1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи

Почему возникает недержание мочи?

Мочевой пузырь
300 мл мочи



Мышца-детрузор

Уретра

По мере растяжения мочевого пузыря происходит стимуляция гладкой мускулатуры его стенок (мышца-детрузор), которая начинает сокращаться. Повышение давления в мочевом пузыре осознается в виде желания помочиться. Человек может задержать мочеиспускание: при этом мочевой пузырь может дополнительно растянуться. Давление в уретре, превышающее давление в мочевом пузыре, препятствует вытеканию мочи.

Факторами, создающими давление в мочеиспускательном канале, является

- ❖ сокращение его внутреннего сфинктера,
- ❖ собирающаяся в складки толстая слизистая оболочка,
- ❖ у женщин – анатомические особенности мышечного аппарата уретры и мочевого пузыря.

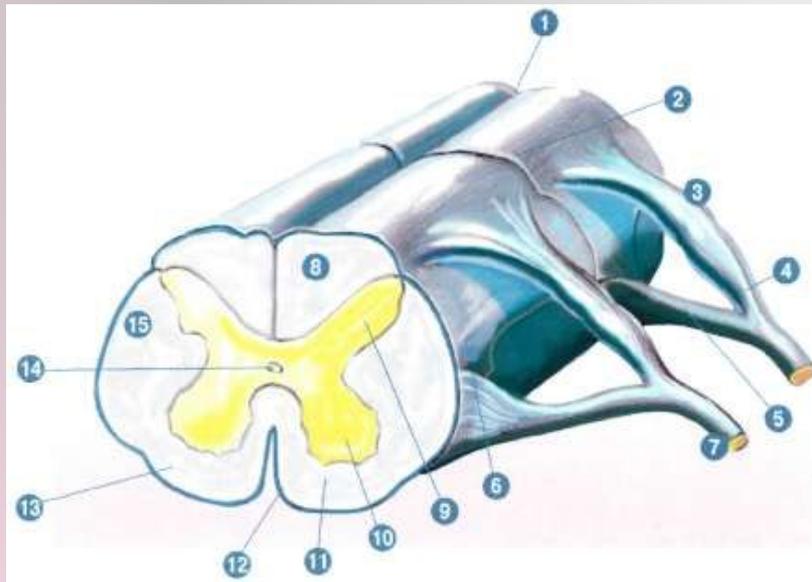
1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи

Нервная регуляция мочевого пузыря осуществляется на нескольких уровнях:

Ø у грудных детей мочевой пузырь опорожняется благодаря рефлексу, который реализуется на уровне центров, расположенных в крестцовых отделах спинного мозга

Ø у взрослых людей произвольный контроль мочеиспускания зависит от высших центров, расположенных в головном мозге, и от чувствительных и двигательных путей, связывающих эти центры со спинным мозгом



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи

Факторы риска недержания мочи:



Предрасполагающие факторы:

- пол больного
- генетический фактор
- расовый фактор
- культурологические особенности
- неврологический
- анатомический
- состояние соединительной ткани (коллагеновый статус)



Провоцирующие факторы:

- роды
- хирургические вмешательства
- повреждение тазовых нервов или мышц
- радиация



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи

Факторы риска недержания мочи:



Способствующие факторы

- расстройства кишечника
- раздражающая диета
- уровень активности
- повышенный вес больного
- менопауза
- инфекции
- прием медикаментов
- легочный статус
- психический статус



Факторы декомпенсации:

- возраст больного



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи

Виды недержания мочи

Стрессовое недержание мочи.

Одномоментное вытекание малых количеств мочи при напряжении – кашле, смехе, чихании, когда пациент находится в вертикальном положении. Стрессовое недержание мочи не сопровождается желанием помочиться.

Происходит ослабление сфинктера уретры. Повышение внутрибрюшного давления влечет за собой повышение давления в мочевом пузыре, в результате чего сфинктер не удерживает мочу.

У женщин чаще всего возникает при ослаблении тазового дна и мышц, поддерживающих мочевой пузырь и проксимальный отдел уретры (роды, хирургические вмешательства, постменопаузальная атрофия слизистой оболочки уретры).

У мужчин – после аденомэктомии.



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи

Виды недержания мочи

Подтекание мочи при сильном желании помочиться (ургентное недержание)

Невозможность контролировать мочеиспускание после появления желания помочиться

Сокращение мышц детрузора происходит сильнее обычного и преодолевает нормальное сопротивление уретры.

Ослабление механизма произвольного подавления сокращения детрузора, что может иметь место при инсультах, опухолях мозга, слабоумии, повреждениях спинного мозга выше сакральных сегментов.

Повышенная возбудимость чувствительных путей, вызванная например инфекцией мочевого пузыря, опухолями, копростазом.

Нарушение рефлекса мочеиспускания, вызванное частым произвольным мочеиспусканием при малом наполнении мочевого пузыря.



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи

Виды недержания мочи

Парадоксальная ишурия

Постоянное выделение мочи по каплям или ее подтекание, ослабление напора струи

Сокращение детрузора недостаточны для преодоления сопротивления уретры. Мочевой пузырь растянут.

Обструкция выходного отдела мочевого пузыря, например в результате опухолевого процесса простаты.

Слабость мышцы детрузора, вызванная поражением пояснично-крестцового сплетения.

Нарушение чувствительной иннервации мочевого пузыря, вызванное прерыванием рефлекторной дуги (диабетическая нефропатия).



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение мочеиспускания: недержание мочи

Виды недержания мочи

Функциональное недержание мочи

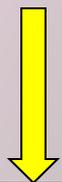
Недержание мочи на пути в туалет или только по утрам

Недержание мочи, вызванное приемом препаратов

Прием препаратов может способствовать любому из перечисленных видов недержания мочи



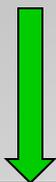
Степени недержания мочи – количество выделенной мочи за 4 часа



Легкая
менее
100 мл мочи



<100



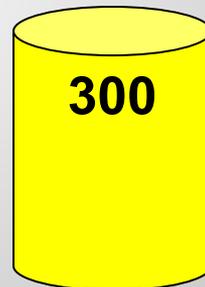
Средняя
100-200мл
мочи



200



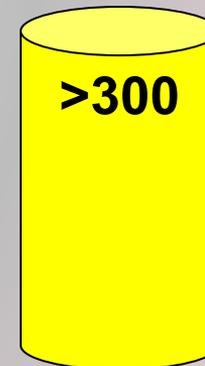
Тяжелая
200-300мл
мочи



300



Очень тяжелая
более 300 мл
мочи



>300

1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

При субъективной оценке удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях необходимо задать ряд вопросов.

Вопрос	Пример, пояснение
Испытываете ли затруднения при мочеиспускании?	Иногда для осуществления мочеиспускания человек вынужден в течение нескольких минут тужиться. Моча отделяется вялой струей, иногда по каплям. Пациент испытывает частые и нередко бесплодные позывы на мочеиспускание.
Как часто вы мочитесь? Сколько примерно мочи у вас выделяется при каждом мочеиспускании?	У здорового взрослого человека в течение суток мочеиспускание происходит 4-7 раз. В каждой порции 200-300 мл мочи.
Вы просыпаетесь ночью, чтобы помочиться? Как часто?	Ночью необходимость в мочеиспускании возникает не более 1 раза.
Испытываете ли вы боль или жжение при мочеиспускании?	Боль и жжение в сочетании с частым мочеиспусканием в небольших количествах может быть признаком инфекции мочевыводящих путей. Об этом необходимо сразу сообщить врачу.
Бывает ли так, что вы не успеваете дойти до туалета? Мочитесь ли вы под себя?	Пожилые люди в стационаре иногда не успевают дойти до туалета, из-за того, что они не знают где он расположен или он расположен слишком далеко.
Если пациент жалуется на недержание мочи:	
Когда и как часто возникает недержание мочи?	Различают несколько видов недержание мочи. При каждом виде условия возникновения разные.
У женщин необходимо спросить, не бывает ли у них упускания мочи при кашле, чиханье, смехе?	Стрессовое недержание мочи

1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение функции толстого кишечника

Запоры — это длительная задержка кала в кишечнике, обусловленная замедлением его перистальтики, механическими препятствиями в кишечнике и алиментарным фактором.



Запоры

Спастические запоры возникают в результате спазма гладкой мускулатуры кишечной стенки

Атонические запоры связаны с понижением тонуса мускулатуры кишечной стенки.

Органические запоры обусловлены механическим препятствием для продвижения каловых масс по кишечнику

1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение функции толстого кишечника

Спастические запоры обусловлены

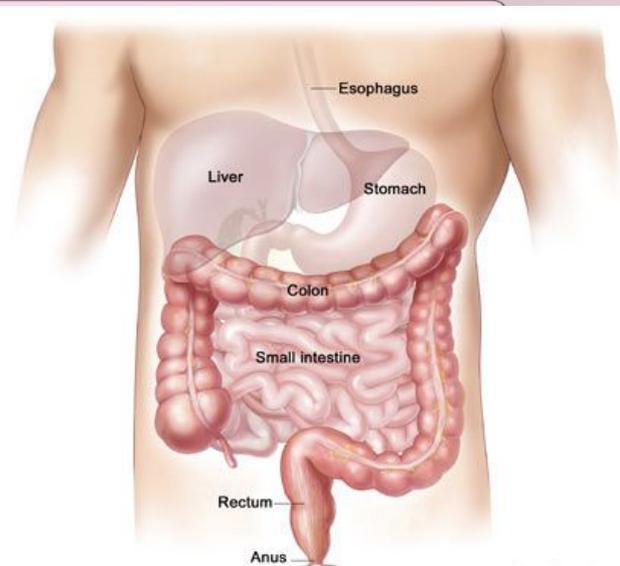
заболевания толстой кишки (колиты, синдром раздраженной толстой кишки)

висцеро-висцеральные рефлексy при заболеваниях других внутренних органов (язвенная болезнь, холециститы и др.)

заболевания прямой кишки (геморрой, трещины заднего прохода, проктиты), ведущие к резкому повышению тонуса анальных сфинктеров

отравления ртутью, свинцом

психогенные факторы



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение функции толстого кишечника

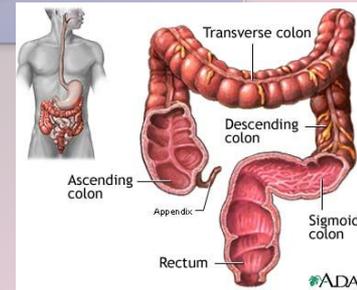
Атонические запоры

при скудном питании, приеме легкоусвояемой, бедной растительной клетчаткой пищи, сухоедении, при неправильном ритме питания (алиментарные запоры)

при снижении тонуса стенки толстой кишки у пожилых людей и ослабленных больных, а также лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, или у больных, длительно находящихся на постельном режиме

при нарушениях нервной регуляции моторной функции кишечника и акта дефекации у больных с органическими заболеваниями ЦНС (инсульт, опухоли и травмы головного мозга, менингиты и др.)

при злоупотреблении слабительными средствами, антацидами, седативными, транквилизаторами, холинолитиками и т.п



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение функции толстого кишечника

Понос — жидкий, неоформленный стул, в большинстве случаев сочетающийся с учащением дефекации.

Поносы возникают вследствие

усиления перистальтики кишечника и ускорения продвижения его содержимого

нарушения всасывания жидкости в кишечнике

увеличения патологической секреции жидкости в кишечнике при его воспалении



1 этап сестринского процесса: оценка состояния пациента

Нарушение функции толстого кишечника

При субъективной оценке удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях необходимо задать ряд вопросов.

Как функционирует ваш кишечник? Как часто вы ходите в туалет?	Частота стула в норме колеблется от 3 раз в день до 2 раз в неделю.
Испытываете ли вы при дефекации какие-либо трудности?	
Изменилась ли у вас за последнее время функция кишечника?	

Если пациент жалуется на запоры

Что пациент понимает под «запором»?	Имеет ли пациент в виду урежение стула, жесткий, болезненный стул, необходимость чрезмерно тужиться, ощущение неполного опорожнения кишечника или давления в прямой кишке.
-------------------------------------	--

Наиболее частыми причинами запоров, на которые может воздействовать медицинская сестра являются:

неподходящее время или условия для дефекации,
ожидание более регулярного или более частого стула, чем тот, который является нормой для данного пациента,
диета, бедная растительными волокнами,
употребление недостаточного количества воды

Принимает ли пациент слабительные?

Если пациент жалуется на понос

Какова частота стула, обильный он ли скудный?	
Вынужден ли пациент просыпаться ночью из-за поноса?	
Что усиливает или уменьшает понос?	

2 этап сестринского процесса: выявление проблем пациента

3 этап: постановка цели

Проблема

Пациент отказывается принимать помощь сестры при использовании судна и мочеприемника

(II) Запор.

Цель

Пациент принимает помощь сестры

Запора нет

Кишечник опорожняется регулярно

4 этап сестринского процесса: сестринские вмешательства

1. Обеспечить возможность уединения (ширма, попросить выйти соседей по палате, накрыть одеялом)
2. Своевременно приходить на вызов
3. Своевременно опорожнять и дезинфицировать судно и мочеприемник
4. Обучить родственников помогать пациенту использовать судно и мочеприемник
5. Создать условия для самостоятельного использования судна и мочеприемника

1. Предлагать пить достаточное кол-во жидкости до 1,5-2 л в день:
8.00-13.00 - 600 мл. (200мл – кофе, 200мл.- сока, 1 яблоко)
13.00-18.00 - 600 мл. (200мл – компота, 200мл - мин. воды, 1 апельсин)
18.00-22.00 - 300мл. (1 яблоко, 200мл – кефира)
2. Объяснить необходимость потребления достаточного количества жидкости
3. Обеспечить пациентке возможность уединения

4 этап сестринского процесса: сестринские вмешательства

1. Обеспечить продуктами, которые способствуют опорожнению кишечника (содержащие растительную клетчатку)
2. Попросить родственников приносить продукты, способствующие опорожнению кишечника (в пределах назначенной диеты: свекла, морковь, черный хлеб, растительное масло, зеленая фасоль, шпинат, молоко, свежий кефир, соки, мед).
3. Обучить пациента (родственников) самомассажу живота
4. Обучить пациента упражнениям, связанным с напряжением мышц живота.
5. Следить за регулярностью опорожнения кишечника
6. Напоминать пациенту пить до 1,5-2 л жидкости в день:
 - 8.00-13.00 - 600 мл. (200мл – кофе, 200мл.- сока, 1 яблоко)
 - 13.00-18.00 - 600 мл. (200мл – компота, 200мл - мин.воды, 1 апельсин)
 - 18.00-22.00 - 300мл. (1 яблоко, 200мл – кефира)

4 этап сестринского процесса: сестринские вмешательства при недержании мочи



4 этап сестринского процесса: сестринские вмешательства

Поведенческая терапия недержания мочи

Тренировка мочевого пузыря

Укрепление мышц тазового дна

Тренировка прерывания мочеиспускания

Гимнастика для укрепления мышц тазового дна

Дневник мочеиспусканий