

Сестринская помощь в урологии

Сестринская помощь

- На первом месте в урологии стоит оперативное лечение. Профессиональная помощь урологической медсестры включает:
- подготовку больных к операции (информирование о режиме питания до и после операции, очистительная клизма накануне операции, премедикация, личная беседа с пациентом);
- уход за послеоперационными больными (внутривенное и внутримышечное введение лекарственных средств, измерение артериального давления, температуры, промывание послеоперационных дренажей, введение и последующая обработка внутривенного катетера, ассистирование при постановке подпочечного катетера и его обработка, перевязка послеоперационной раны, взятие мочи "на посев" при строгом соблюдении правил асептики);
- обработка инструментария;
- ассистирование при цистоскопических исследованиях мочевого пузыря, уретроскопии, уретропиелоскопиях, катетеризации мочевого пузыря, трансуретральных резекциях мочевого пузыря и предстательной железы, установка и снятие мочеточниковых стентов, катетеризации мочеточников;
- оформление документации (журналы передачи дежурств, учета сильнодействующих лекарственных препаратов и проч.)

Основные виды операционных вмешательств в урологической практике

- **Эндоскопия** широко применяется для диагностики урологических заболеваний, начиная от заболеваний уретры, и заканчивая патологией почек и мочеточников. При этом этот вид диагностики характеризуется максимальной информативностью и минимальными неудобствами для больного, а также риском осложнений
- **Цистоскопия, уретроскопия, уретероскопия** – без всех этих видов эндоскопической диагностики в настоящее время урология просто немыслима. Конечно, рентгенологические методы диагностики не утратили своего значения, так как эндоскопия может позволить не все, а некоторую патологию рентген позволяет диагностировать лучше

- **Эндоскопия** – метод не только диагностики, но и лечения. ТУР – трансуретральная резекция. При этом применяется специальные цистоскопы. Эндоскопическая техника позволяет провести различные вмешательства при заболеваниях мочевого пузыря, уретры, мочеточников. Такой метод лечения имеет преимущества перед традиционными открытыми хирургическими вмешательствами в плане меньшей травматичности, кровопотери, риска осложнений и более короткого послеоперационного периода. Эндоскопические методы операций применяются при лечении различной патологии мочевого пузыря (рак, доброкачественные опухоли, папилломы и т.д.), аденома простаты, стриктуры уретры, патология мочеточников, мочекаменная болезнь.

- Еще одним разделом современной урологии является лапароскопия. Кроме лапароскопии в урологии нашли применение и ретроперитонеоскопические вмешательства. Принцип лапароскопических операций заключается в том, что вместо традиционных разрезов, например, для доступа к почке, все вмешательства выполняются через специальные доступы при помощи троакаров – через миниразрезы-проколы. Причем, весь ход операции контролируется хирургом с помощью видеокамеры, которая передает информацию на экран монитора.

Преимущества такой техники очевидны и схожи с преимуществами эндоскопических вмешательств:

- меньшая травматичность,
- меньшая кровопотеря,
- меньший риск осложнений,
- короче послеоперационный период.

- Среди рентгеновских методов диагностики в урологии большое значение имеют т.н. рентгеноконтрастные методы, когда перед исследованием больному вводится особое вещество, которое позволяет намного четче увидеть врачу на рентгенограмме ту или иную патологию.
- С появлением УЗИ, которому уже несколько десятков лет, диагностика многих заболеваний мочеполовой системы стала намного легче, и что очень важно, безопасной, так как УЗИ, наверное, является самым безопасным методом исследования, так как не требует применения ионизирующего излучения или введения каких-либо веществ/инструментов.

- Одним из важнейших направлений урологии, является раздел коррекции врожденных аномалий мочеполовой системы. Сюда относятся, прежде всего, врожденные дефекты развития уретры и мочевого пузыря. И если еще пару десятилетий назад эти пороки требовали длительного многоэтапного лечения, то сегодня все чаще урологи стремятся оперировать таких больных за один этап. Из таких аномалий мочеполовой системы, прежде всего, стоит отметить такие врожденные заболевания, как гипоспадия и [эписпадия](#), как имеющие большое значение для полноценного развития ребенка. Лечение этой патологии – проведение различных пластических операций. Причем, ткани для замещения берутся у самого больного, в частности, из тканей крайней плоти

- Не менее важной по значимости врожденной аномалией является и аномалии мочевого пузыря. При этом особое внимание заслуживает экстрофия мочевого пузыря. В этом случае имеет место отсутствие передней стенки мочевого пузыря, а также и соответствующей части стенки живота. Лечение такой аномалии также заключается в проведении пластических корригирующих операций

- Одной из важных проблем современной медицины является онкологическая патология. Рак почки и [рак мочевого пузыря](#) – это своеобразный "бич" урологии. Сегодня большую роль играет своевременная диагностика этой патологии. К сожалению, даже, несмотря на самые современные методы исследования, такие как цистоскопия, УЗИ, КТ, МРТ, а также исследование крови на маркеры, эта патология иногда диагностируется на поздних стадиях, что связано, прежде всего, с отношением больного к своему заболеванию. Зачастую пациент предпочитает, в силу нехватки времени заняться собой, попить пару таблеток при частом мочеиспускании и болях, чем лишний раз получить консультацию у уролога

- Еще одним современным направлением в урологии является микрохирургическая техника. Чаще всего это операции, связанные с восстановлением целостности какого-либо органа или полным его замещением трансплантатом. При этом требуется обычно восстанавливать множество мелких кровеносных сосудов и нервных пучков. Такие операции проводятся с использованием особых микрохирургических инструментов и микроскопов. Например, метод микрохирургии используется при тотальной фаллопластике, когда проводится полное замещение полового члена

- В урологии в отличие от других специальностей многие вмешательства выполняют, не прибегая к открытому доступу. Существует огромное число различных катетеров, проводников, стентов, эндоскопов и других инструментов. Каждый из них имеет свои особенности и свое предназначение. Основное правило всех вмешательств на мочевых путях - осторожное выполнение

- Многие урологические вмешательства выполняют в палате или в процедурном кабинете под местной анестезией. Больному при этом должно быть максимально удобно. Его следует успокоить и объяснить ему смысл предстоящей процедуры. Врач, уверенно владеющий техникой вмешательства, вызывает гораздо больше доверия, чем путающийся в инструментах. Следует помнить, что при любых вмешательствах на мочевых путях возможна тяжелая травма.

- При длительных вмешательствах следует проводить антимикробную терапию, назначенную с учетом результатов посева мочи. Риск инфекционных осложнений существенно снижается, если инструменты обильно смазывать стерильным увлажняющим гелем и постоянно промывать мочевые пути под небольшим давлением. Очень важно правильное положение больного. В стандартном положении лежа на спине с разведенными ногами под костные выступы следует обязательно подкладывать валики. При использовании электрохирургических инструментов возможно раздражение запирательного нерва и рефлекторное сокращение приводящих мышц бедра, поэтому во избежание травмы врача следует тщательно фиксировать ноги больного

Катетеризация мочевого пузыря

- Катетеризация мочевого пузыря - самое распространенное ретроградное вмешательство на мочевых путях. Его выполняют для опорожнения мочевого пузыря во время и после операций под общей анестезией, для оценки диуреза у тяжелых больных, получения образцов мочи для посева, а также для уродинамических и рентгеноконтрастных (например, цистографии) исследований и измерения объема остаточной мочи. Катетеризация также необходима во время заживления мочеиспускательного канала после открытой или эндоскопической уретропластики и для фиксации выведенных через мочеиспускательный канал мочеточниковых катетеров.

Катетеризация мочевого пузыря

- Для постоянной катетеризации мочевого пузыря лучше использовать самоудерживающиеся катетеры, например катетер Фоли. Для однократного опорожнения мочевого пузыря подходит любой катетер. Если больной выполняет катетеризацию самостоятельно, объясняют, что делать это нужно достаточно часто, чтобы предупредить перерастяжение мочевого пузыря, и обильно смазывать катетер увлажняющим гелем. Обязательно строгое соблюдение асептики

Техника катетеризации (мужчины)

- Половой член слегка натягивают по направлению к пупку, чтобы сгладить угол между висячей и луковичной частями мочеиспускательного канала. Чтобы провести катетер через сфинктер мочеиспускательного канала, применяют увлажняющий гель и просят больного расслабиться. Лучше использовать толстый катетер примерно 18Р. Применение тонкого и жесткого катетера чревато травмой мочеиспускательного канала вплоть до перфорации стенки. При смещении шейки мочевого пузыря вверх, например, при аденоме предстательной железы, больше подходит катетер с изогнутым кончиком. Катетер Фоли вводят в мочеиспускательный канал практически полностью, до дистального раздвоения, или до тех пор, пока не начинает поступать моча. Раздувание баллона катетера в мочеиспускательном канале сопровождается сильной болью и может привести к его разрыву.

Катетеризация мужчин

- . Об этом должны знать медицинские сестры, ухаживающие за больными с деменцией. Эти больные обычно не могут описать свои ощущения, и разрыв мочеиспускательного канала выявляют у них нередко уже после развития инфекционных осложнений. В большинстве случаев катетеризация мочевого пузыря не представляет трудностей. Исключения составляют больные, перенесшие различные урологические вмешательства. Ятрогенные стриктуры формируются либо в области наружного отверстия мочеиспускательного канала (в ранние сроки после ретроградных вмешательств), либо на уровне шейки мочевого пузыря (спустя 1-2 мес после вмешательства). После тупой травмы промежности возможна стриктура луковичной части мочеиспускательного канала

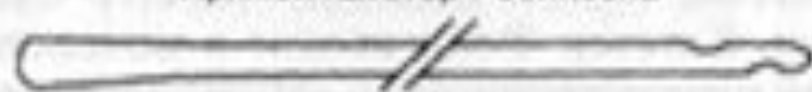
Женщины

- У женщин, особенно при гипоспадии, бывает трудно найти наружное отверстие мочеиспускательного канала. В таких случаях следует шире развести половые губы и ввести влагалищное зеркало. Для периодической самостоятельной катетеризации мочевого пузыря используют обычное зеркало. Более опытные больные направляют катетер по пальцу, введенному во влагалище

Типы катетеров.

- Катетеры различают по материалу, из которого они изготовлены, диаметру, форме, числу каналов и механизму фиксации в мочевом пузыре, а баллонные катетеры - еще и по объему баллона .
- Диаметр катетеров и большинства эндоскопических инструментов традиционно определяют по шкале Шаррьера, единица измерения по этой шкале обозначается Р. Поскольку 1 Р равен 1/3 мм, катетер 3 Р имеет диаметр 1 мм, 30 Р - 10 мм. Диаметр катетера подбирают в зависимости от особенностей больного и цели катетеризации, например для эвакуации сгустков крови используют толстые катетеры. В трехканальных катетерах (по одному каналу для раздувания баллона, выпуска мочи и промывания мочевого пузыря) каналы уже, чем в двухканальных. Катетеры с большими баллонами (при указанном объеме 30 мл баллон можно раздуть до 50 мл) используются после ТУР предстательной железы, так как большой баллон не смещается в ложе резецированной предстательной железы.

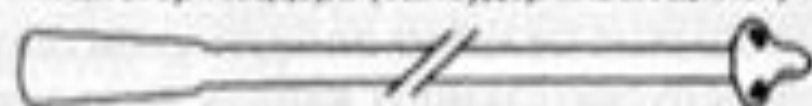
Прямой катетер Робинсона



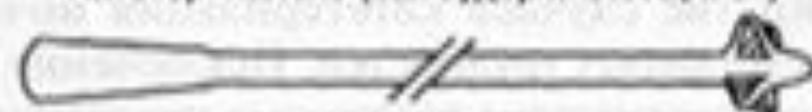
Катетер с клювовидным кончиком



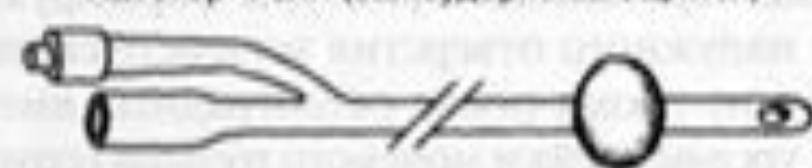
Катетер Пеццера (самоудерживающийся)



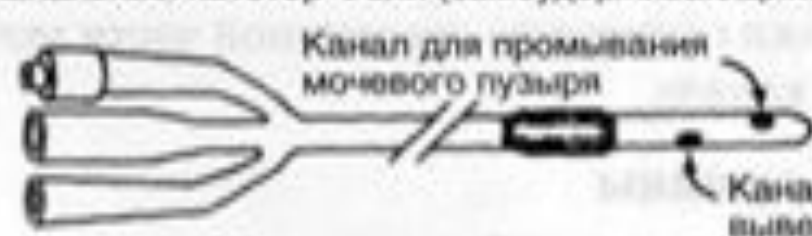
Катетер Малекко (самоудерживающийся)



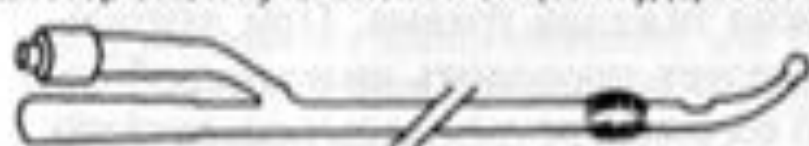
Катетер Фоли (самоудерживающийся)



Трехканальный катетер Фоли (самоудерживающийся)



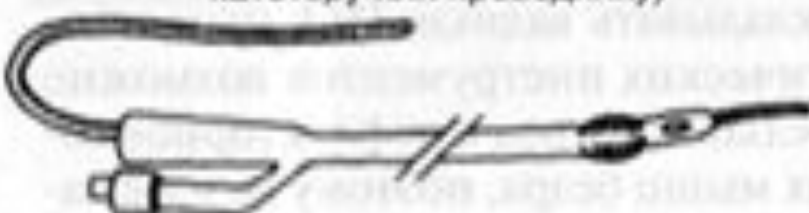
Катетер с изогнутым кончиком (самоудерживающийся)



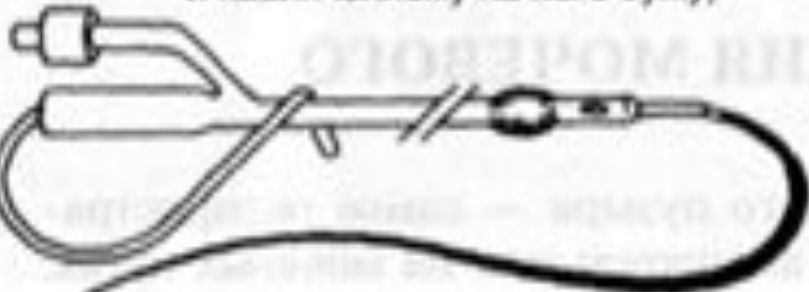
Металлический зонд



Катетер Каунсилла (введение по мочеточниковому катетеру или проводнику)



Катетер Каунсилла (введение по нитевидному зонду и навинченному на него бужу)



Выявление нарушенных потребностей и проблем у урологических больных в послеоперационном периоде

- Успех лечения целиком определяется качеством ухода. Можно прекрасно выполнять сложные операции, добиться значительного восстановления нарушенных функций отдельных органов и систем, но потом потерять больного из-за застойных или воспалительных явлений в легких, появившихся в результате длительного неподвижного положения больного в постели, из-за пролежней как результата плохого ухода. Поэтому уход за больными является обязательной составной частью лечения, влияющей на течение заболевания и выздоровления пациента

Проблемы пациентов по их субъективному мнению в ранний послеоперационный период, %

- В ранний послеоперационный период большая часть пациентов (42%) отмечали наличие боли и болевого синдрома; 25% пациентов выделяли нарушения функций выделительной системы; 13% пациентов – расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта (диспепсические расстройства: тошнота и рвота), по 7% пациентов отмечали психологические проблемы (страх и беспокойство) и проблемы социального характера; 6% отметили проблемы со стороны центральной нервной системы (рассеянность внимания, нарушения памяти и т.д.).

Планирование сестринского ухода за пациентами в послеоперационный период

Действия среднего медицинского персонала	Обоснование
Независимый тип вмешательств	
Следить за жизненно важными показателями (измерение АД, ЧСС, ЧД, ЦВД, температуры и т.п.)	Профилактика послеоперационных осложнений
Своевременная смена постельного и нательного белья, уход за кожей, смена положений и т.п.)	Профилактика развития пролежней, Профилактика генерализованной инфекции, осложнений.
Создание комфортных условий в палате (проветривание, влажные уборки и т.п.)	Гигиена помещений
Взаимозависимый тип вмешательств	
Следить за соблюдением диеты по назначению врача-диетолога.	Щадящий режим, не раздражающий слизистую оболочку ЖКТ.
Сотрудничество с ФТО	Ранозаживляющее,
Зависимый тип вмешательств	
Своевременное выполнение назначений врача (раздача лекарственных средств, инъекции, клизмы и т.п.).	Быстрое восстановление организма в послеоперационном периоде.