**УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Проблемы урологических пациентов**

Расстройство мочеиспускания — актуальная проблема пациентов урологического профиля всех возрастных категорий.

В своих трудах Гиппократ описывает наиболее типичные изменения мочи, заболевания мочевого пузыря, упоминает о лечении мочевыделительной системы. Становление современной урологии совпало с развитием общей хирургии: асептики, антисептики, анестезии.

**Нефрология** — раздел внутренних болезней, изучающий этиологию, патогенез и клиническое течение болезней почек.

**Урология** — область клинической медицины, изучающая болезни органов мочевой системы, а у мужчин - и половой системы.

**Мочеиспускание** — физиологическая потребность человека с целью удаления из организма продуктов жизнедеятельности. Выведение мочи из мочевого пузыря называют *опорожнением*. Позыв к мочеиспусканию возникает при накоплении в мочевом пузыре человека около 25О-450 мл мочи.

В норме у здорового человека мочеиспускание — в дневное время в пределах 4-7 раз, в ночное — не более 1 раза, каждая порция составляет 200-300 мл мочи, суточный диурез 1-2 литра. **Диурез** — процесс образования и выделения мочи.

Расстройство мочеиспускания называют **дизурией**.

***Виды дизурий:***

***поллакиурия*** — учащение мочеиспускания:

• физиологическая — при беременности, большом приеме жидкости, охлаждении;

• патологическая — при сахарном и несахарном диабете;

***странгурия*** — болезненное затруднение мочеиспускания вследствие спазма мышечного слоя стенки мочевого пузыря в области его шейки, преимущественно у мужчин при опухолевом процессе предстательной железы и мочеиспускательного канала;

***ишурия*** — выраженная острая задержка мочеиспускания (скопление мочи вследствие невозможности самостоятельного мочеиспускания при переполненном мочевой пузыре). Причины: неврогенные состояния постоперационного и постродового периодов, травмы мочевыводящих путей, механические препятствия;

***анурия*** — отсутствие, непоступление мочи в мочевой пузырь, затруднение оттока при наличии препятствий (камни, опухоли, травмы).

***олигурия*** — уменьшение суточного диуреза менее 500 мл, может быть при ограничении употребления жидкости, в жаркое время года, при повышенном потоотделении, сердечной недостаточности;

***полиурия*** — увеличение суточного диуреза более 2 л, встречается при приеме большого количества жидкости, сахарном диабете;

***никтурия*** — ночное преобладание мочи над дневным;

***хроническая задержка мочи*** — тонкая, вялая струя, иногда по каплям, мучительные тенезмы — ложные позывы (при наполненном мочевом пузыре).

С возрастом у многих людей возникают проблемы: недержание/неудержание мочи и инфицирование мочевых путей.

**Недержание** — потеря контроля над выделением мочи из мочевого пузыря, неспособность управлять и контролировать мочевыделение. *Причины:* повреждения спинного мозга, инфекции мочевых путей, снижение тонуса сфинктера мочевого пузыря, незрелость нервной системы у детей (энурез).

**Неудержание** — непроизвольное выделение небольших количеств мочи из мочеиспускательного канала при физическом напряжении, кашле, напряжении мышц брюшного пресса.

**Признаки инфекции мочевыводящих путей:**

• боль и ощущение жжения при мочеиспускании,

• частые позывы к мочеиспусканию с выделением небольшого количества мочи,

• мутная, концентрированная, плохо пахнущая моча,

• хлопья слизи или кровь в моче.

Одна из основных проблем пациента с патологией мочевыводящих путей — появление отеков.

**Отеки** — скопление жидкости в тканях или полостях организма.

Определяют явные и скрытые отеки:

• *явные отеки* определяют методом пальпации по изменению рельефа определенных частей тела. Кожа в области отека — сухая, гладкая, бледная, мало чувствительна к теплу, снижаются защитные свойства кожи. Появлению явных отеков предшествует скрытый период задержки жидкости вследствие уменьшения количества мочи и нарастания массы тела;

• *скрытые отеки* определяют по массе тела, водному балансу, суточному диурезу.



**Катетер** (греч. *catheter*) — хирургический инструмент для опорожнения полости (кровеносного сосуда, мочевого пузыря). **Катетеризация** — введение катетера в полый орган.

**Катетеризация мочевого пузыря** — выведение мочи с лечебной и диагностической целью с помощью уретрального катетера. **Уретральный катетер** — дренажная трубка, вводимая через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды уретральных катетеров |  | катетер Нелатона — прямой со слепым концом и овальным отверстием сбоку |
|  |
|  | катетер Тиманна — прямой со слепым концом в виде изогнутого клюва и овальным отверстием сбоку |
|  |
|  |
|  | катетер головчатый — Малеко или Цецера - с большой утолщенной головкой для удерживания в мочевом пузыре, предназначен для продолжительного отведения мочи черезнадлобковый свищ |
|  |
|  |
|  |
|  |
| - | катетер Фолея — с надувным баллоном для наполнения стерильной жидкостью (водой или физиологическим раствором), используют для длительной фиксации в мочевом пузыре (как постоянный катетер) |
|  |
|  |
|  |
|  |

Виды уретральных катетеров по составу материала:

• мягкие — резиновые и полимерные;

• полужесткие — эластические;

• жесткие — металлические.

***Цели проведения катетеризация мочевого пузыря***:

• опорожнение мочевого пузыря при острой задержке мочи;

• выведение мочи в случае недержания/неудержания мочи;

• промывание мочевого пузыря;

• введение лекарственных препаратов;

• ретроградное введение контрастного вещества при цистографии;

• забор мочи для исследования.

***Потенциальные осложнения при проведении катетеризации***:

• риск инфицирования мочевого пузыря;

• травматизация мочевыводящих путей.

Катетеры вводят для временного (ишурия) и постоянного (недержание/неудержание) применения в зависимости от клинической ситуации.

Глубина введения катетера женщинам с целью опорожнения мочевого пузыря катетером Нелатона, Тиманна соответствует длине уретры — 4-6 см. У мужчин длина мочеиспускательного канала около 18-20 см, катетер вводят до появления мочи. Для длительного дренирования мочевого пузыря чаще используют самоудерживающийся катетер Фолея: женщинам на глубину 10-15 см, мужчинам — на 20-25 см.

Для обработки уретральных катетеров используют лубрикаты — гели с анестетиком и антисептиком (например, лидохлор).

При введении пациенту постоянного катетера к нему подсоединяют **мочеприемник** — емкость для сбора мочи.

Различают съемные и несъемные мочеприемники:

• несъемные мочеприемники: пластиковая или стеклянная емкости;

• съемные мочеприемники — это градуированная емкость разной конструкции с соединительной трубкой для создания дренажной системы (катетер + мочеприемник).

Катетеризация мочевого пузыря — наиболее частая причина развития внутрибольничной инфекции. Катетер увеличивает риск инфицирования мочевых путей. Микроорганизмы извне могут беспрепятственно проникать вверх по катетеру (ретроградно) уже введенному в мочевой пузырь. Поэтому за постоянным катетером необходим тщательный уход. Дренаж мочевого пузыря проводят только при необходимости в условиях строгой стерильности. Для снижения риска инфицирования мочевыводящих путей целесообразно использовать одноразовые полимерные катетеры.

**Сестринские вмешательства при ишурии** (после операции или родов — отсутствие привычки мочиться в горизонтальном положении тела):

• вызвать рефлекс на мочеиспускание: пустить струю воды из крана, переливать жидкость из одной емкости в другую, провести орошение наружных половых органов;

• при неэффективности этих мероприятий по назначению врача ввести препараты, повышающие тонус мышц или провести катетеризацию мочевого пузыря.

***Острая задержка мочи более 6 часов — показание к катетеризации.***

**ПРОВЕДЕНИЕ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МЯГКИМ КАТЕТЕРОМ У ЖЕНЩИН**

***Цель:*** Вывести мочу из мочевого пузыря пациентки с помощью мягкого резинового катетера.

***Показания:***

Острая задержка мочи.

По назначению врача.

***Противопоказания:*** Повреждение уретры или др., которые устанавливаются в процессе обследования пациента врачом и медицинской сестрой.

***Оснащение:***

- Стерильный катетер в стерильном лотке.

- Стерильные салфетки и ватные тампоны.

- Емкость для отработанного материала.

- Стерильные перчатки (2 пары).

- Стерильный глицерин или вода.

- Стерильный фурациллин.

- Емкости с дезинфицирующим раствором.

***Возможные проблемы пациента:*** Необоснованный отказ.

***Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:***

- Информируйте пациентку о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

- Попросите пациентку тщательно подмыться до процедуры с использованием мыла.

- Придайте пациентке удобное положение "полусидя" с разведенными бедрами.

- Подстелите под таз пациентки клеенку, поверх которой положите пеленку.

- Вымойте руки, наденьте перчатки.

- Поставьте между бедрами пациентки лоток со стерильным материалом: салфетками, ватными тампонами, а также лоток для сбора отработанного материала, и судно (мочеприемник) в непосредственной близости.

- Разведите большие и малые половые губы первым и вторым пальцами правой руки.

- Обработайте салфетками, смоченными в антисептическом растворе большие, затем малые половые губы, затем отверстие мочеиспускательного канала. Движения сверху вниз. Каждый раз используйте новую салфетку. Сбрасывайте салфетки в емкость для сбора мусора.

- Закрывайте влагалище и анальное отверстие ватным тампоном (при необходимости).

- Смените перчатки.

- Вскройте упаковку с катетером.

- Возьмите катетер первым и вторым пальцами правой руки, отступив от кончика на 3-4 см., свободный конец зажмите 4-5 пальцами этой же руки.

- Смажьте конец катетера стерильным глицерином.

- Разведите малые и большие половые губы пальцами левой руки, обнажите отверстие мочеиспускательного канала.

- Введите катетер в отверстие на глубину 3-4 см.

- Опустите свободный конец катетера в емкость для сбора мочи.

- Извлеките катетер, после выведения мочи, и погрузите его в дезинфицирующий раствор.

- Уберите емкость с мочой и остальные предметы.

- Снимите перчатки, вымойте руки.

- Уложите пациентку удобно.

- Документируйте выполненную процедуру.

***Оценка достигнутых результатов:***

Моча выпущена.

Пациентка не отмечала неблагоприятных физических ощущений. Эмоции адекватные.

**Уход за постоянным катетером:**

***Приготовить:*** антисептик, мыльный раствор, судно, салфетки в упаковке, контейнер с дезинфектантом.

***Последовательность действий:***

1. Вымыть и осушить руки.

2. Надеть перчатки.

3. Провести гигиену наружных половых органов.

4. Обработать перчатки кожным антисептиком.

5. Смочить салфетки мыльным раствором.

6. Обработать наружную часть катетера.

7. Смыть водой, высушить.

8. Обработать наружную часть катетера антисептиком.

9. Оценить состояние кожи на возможное инфицирование:

• гиперемия,

• отечность,

• отделяемое.

10. Осмотреть уретральную область на состояние дренажной системы (катетер+мочеприемник): наличие оттока мочи, проходимость дренажных трубок.

11. Снять перчатки, вымыть, осушить руки.

13. Документировать выполнение процедуры.

Провести обеззараживание перчаток, перевязочного материала после выполнения процедуры.

**Рекомендации для медсестры:**

1. При постоянном дренировании мочевого пузыря соблюдать правила асептики: проводить обработку мыльным раствором не менее 2-х раз в день, антисептиком — ежедневно.

2. Фиксировать мочеприемник лейкопластырем на бедре пациента или к кровати.

3. Контролировать отток мочи по дренажной системе.

Воспалительные процессы мочевыделительной системы и трансуретральные вмешательства требуют динамического наблюдения за пациентами урологического профиля и процедуры промывания мочевого пузыря.

***Ирригация (промывание) мочевого пузыря*** — зависимое сестринское вмешательство. Методика промывания включает мероприятия личной гигиены промежности, катетеризацию с полным опорожнением мочевого пузыря и дробным струйным введением антисептика шприцем Жане. В качестве ирригационных растворов используют фурацилин, водный хлоргексидин биглюконат. Обратный ток промывной жидкости происходит самостоятельно в момент разъединения шприца и катетера. Кратность промываний определяет прозрачность ирригационного раствора. Процедуру проводят в условиях строгой асептики. ***Исключают контакт дистального конца уретрального катетера и судна!***

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ

**Ирригация** (орошение, промывание) — процедура длительного промывания струей жидкости.

**Лубрикант** — гель для местного применения.

**Недержание мочи** — непроизвольное выделение мочи из мочеиспускательного канала без позывов на мочеиспускание.

**Неудержание мочи** — непроизвольное выделение небольших количеств мочи из мочеиспускательного канала при физическом напряжении, кашле, напряжении мышц брюшного пресса.

**Энурез** — ночное непроизвольное мочеиспускание.

РЕЗЮМЕ

Катетеризация мочевого пузыря — процедура введения катетера через уретру в мочевой пузырь с целью удаления мочи при обструкции мочевыводящих путей, задержке мочи в мочевом пузыре, лабораторной диагностики мочи на стерильность (микрофлору), введении рентгеноконтрастных препаратов при инструментальном исследовании пациента, ирригации мочевого пузыря, медикаментозного лечения.

Все процедуры на мочевом пузыре требуют хирургической асептики, поскольку моча в нем стерильна. Процедуры, связанные с манипуляциями у входа в мочеиспускательный канал, требуют медицинской асептики. Эта область должна быть чистой, а не стерильной.

Катетер увеличивает риск инфицирования мочевыводящих путей, поскольку бактерии беспрепятственно проникают извне в мочевой пузырь при введении.

Катетеризация — наиболее частая причина внутрибольничной инфекции, поэтому по возможности её необходимо избегать.

Студент должен знать:

+ виды катетеров;

+ цели катетеризации мочевого пузыря, противопоказания и возможные осложнения;

+ виды съемных мочеприемников.

Студент должен уметь:

+ провести катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером у женщин и мужчин;

+ осуществлять уход за постоянным катетером;

+ обучить пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником;