



Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего
образования «Волгоградский
государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
Кафедра детских болезней
педиатрического факультета

Производственная практика
по получению
профессиональных умений
и опыта профессиональной
деятельности (помощник
младшего медицинского
персонала, научно-
исследовательская работа)

-2-

Handwritten signature in blue ink.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ

**«ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В
УРОЛОГИИ»**

Выполнил:

обучающийся 1 курса 5 группы

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Власенко Дарья Романовна

Волгоград, 2018

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
Основные понятия	5
ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	6
1.1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы.	6
1.2. Симптомы заболеваний.....	8
1.2.1. Боли.....	8
1.2.2. Расстройства мочеиспускания	8
1.2.3. Изменения количества и качества мочи.....	10
1.3. Подготовка к исследованию и сбор мочи для исследований	11
1.4. Особенности ухода за больными при некоторых заболеваниях почек	13
1.4.1. Уход при почечной недостаточности.....	14
1.4.2. Уход при острой задержке мочи	16
1.4.3. Уход при почечной колике	16
1.4.4. Уход при недержании мочи	17
ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.	18
2.1. Характеристика отделения	18
2.2. Уход за пациентами с острой задержкой мочи.....	19
2.2.1. Алгоритм выполнения туалета промежности мужчине	19
2.2.3. Алгоритм выполнения туалета промежности женщине	20
2.2.4. Алгоритм выполнения катетеризации мочевого пузыря мужчине	22
2.2.5. Алгоритм выполнения катетеризации мочевого пузыря женщине.....	24
ОБЩИЕ ВЫВОДЫ	26
Список литературы	27

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания мочевыделительной системы в настоящее время встречаются достаточно часто и, по данным медицинской статистики, занимают третье место, уступая лишь болезням сердца и органов дыхания.

Главными органами мочевыделительной системы являются почки. Функция почек настолько важна, что нарушение их деятельности вследствие заболевания часто приводит к самоотравлению организма и нередко - к инвалидности.

Почки выполняют роль сложных биологических фильтров. Важнейшая функция почек - выведение из организма ненужных продуктов обмена. Почки регулируют жидкостный баланс и кислотно-щелочное равновесие, поддерживают правильное соотношение электролитов, участвуют в процессе кроветворения, а также обезвреживают ядовитые вещества при нарушениях функции печени. Кроме того, в почках вырабатывается один из основных ферментов - ренин, который играет важную роль в развитии артериальной гипертонии.

Заболеваниям почек подвержены около 3,5 % жителей России. Чаще страдают женщины, что объясняется физиологическими особенностями строения их организма. Однако у мужчин заболевание почек чаще оказывается более запущенным и сложным в лечении.

Задача среднего и младшего медицинского персонала заключается в организации и оказании доврачебной помощи, выполнения плана ухода за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.

Цель исследования: изучение особенностей ухода за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.

Задачи:

Для достижения данной цели исследования необходимо:

1. Выполнить анализ литературных источников по теме;

2. Спроектировать алгоритмы ухода при различных заболеваниях мочевыделительной системы;

3. Изучить особенности ухода при острой задержке мочи в урологическом отделении.

Основные понятия

Дизурия - расстройства мочеиспускания.

Поллакиурия - учащение мочеиспускания.

Странгурия - затруднение мочеиспускания.

Ишурия - острая задержка мочеиспускания.

Никтурия - преобладание ночного диуреза над дневным.

Диурез - объём мочи, образуемой за определённый промежуток времени.

Полиурия – диурез увеличен, более 2 л в сутки.

Олигурия – диурез снижен, менее 500 мл в сутки.

Анурия - полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь.

ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1.1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы.

Мочевыделительная система предназначена для фильтрации крови, очищения ее от шлаков и выведения мочи наружу.

Органы мочевыделительной системы: 2 почки, 2 мочеточника, мочевого пузыря, мочеиспускательный канал.

Почки. Располагаются по обе стороны позвоночника в поясничной области, имеют форму крупного боба. Вес одной почки 120-200 г., длина 10-12 см. На середине внутреннего края почки имеются ворота, через которые подходят и выходят артерия, вена, мочеточник, нервы. Состоит почка из наружного (коркового) и внутреннего (мозгового) вещества.

Мочеточник. Длина 30-35 см., располагается на задней стенке брюшной полости по обе стороны позвоночного столба. Внутренний слой мочеточника – слизистая оболочка, наружный – рыхлая соединительная ткань, средний – гладкая мускулатура. Гладкая мускулатура обеспечивает продвижение мочи за счет волнообразных сокращений от почки к периферии.

Мочевой пузырь – полый, непарный, мышечный орган, служащий для накопления мочи с последующим выведением через мочеиспускательный канал. В стенке мочевого пузыря имеется три слоя мышц. Из среднего слоя в нижней части образуется сфинктер, управляемый произвольно.

Мочеиспускательный канал. Состоит из внутренней слизистой оболочки, мышечной и соединительнотканной оболочки. Длина у мужчин 25 см, ширина 5-7 мм. Начинаясь от мочевого пузыря, проходит у мужчин через предстательную железу и между губчатыми телами полового члена.

Женский мочеиспускательный канал проходит короткое расстояние от внутреннего отверстия мочеиспускательный канал до наружного отверстия под клитором между половыми губами. Мочеиспускательный канал проходит по передней стенке влагалища, направляясь сверху вниз и кпереди под лобковым

симфизом. Его слизистая оболочка образует многочисленные складки. Соединительная ткань богата эластичными волокнами и многочисленными венами. Одной из важных функций почек является образование мочи.

Моча – жидкий продукт, вырабатываемый почками. С мочой удаляются из организма почти все конечные продукты азотистого обмена, большая часть продуктов углеводного и липидного обмена, большая часть неорганических солей и больше половины потребляемой воды. С мочой выделяются лекарственные и ядовитые вещества. Выделение с мочой различных веществ, способствует сохранению осмотического давления, постоянства реакции крови и состава внутренней среды организма.

Образование мочи регулируется нейрогуморальным путем. Каждые 5-10 мин через почки проходит вся масса крови организма - за сутки почки «прогоняют» до 1000 л крови. Моча в почках образуется непрерывно, постепенно выделяясь по мочеточникам в мочевой пузырь. В широком смысле слова термин «диурез» обозначает процесс образования и выделения мочи, однако наиболее часто его применяют для характеристики количества выделяемой мочи (греч. *diureo* - выделять мочу). Общее количество мочи, выделяемой человеком в течение суток, называют суточным диурезом. Средний диурез за 1 мин называют минутным диурезом (эту величину применяют при расчётах количественных показателей функций почек). Суточное количество мочи, выделяемое взрослым человеком в норме, колеблется от 1000 до 2000 мл, составляя в среднем 50-80% принятой внутрь жидкости. Остальной объём жидкости выделяется через лёгкие (300-400 мл; при физической нагрузке до 500 мл/сут) и кожу (300-400 мл/сут); около 100 мл выделяется с оформленным калом. Диурез возрастает при приёме большого количества жидкости и пищи, повышающей диурез и, наоборот, уменьшается во время физических нагрузок и в жаркую погоду при обильном потоотделении, рвоте, диарее.

1.2. Симптомы заболеваний

1.2.1. Боли

При заболеваниях почек и мочеточников боли, как правило, локализуются в поясничной области и распространяются вниз по ходу мочеточника, в область половых органов, пах, внутреннюю поверхность бедра. При заболеваниях мочевого пузыря боли локализуются внизу живота, за лобком, или в области крестца. Боль может иррадиировать в область мочеиспускательного канала и наружных половых органов, усиливаться в момент мочеиспускания либо после него. Боли в мочеиспускательном канале возникают чаще всего при его воспалении (уретрите), тогда они носят режущий характер и усиливаются при мочеиспускании. Одним из наиболее ярких проявлений ряда заболеваний почек является почечная колика - стойкий спазм мочеточника в ответ на раздражение его стенок (чаще всего камнем). Она характеризуется неожиданно возникающими, постоянными или схваткообразными интенсивными болями в поясничной области, иррадиирующими по ходу мочеточника. Больной мечется от болей, не может найти себе места.

1.2.2. Расстройства мочеиспускания

Расстройства мочеиспускания (дизурия) бывают двух видов: учащение мочеиспускания (поллакиурия) и затруднение мочеиспускания (странгурия), крайней степенью которого является острая задержка мочеиспускания (ишурия). Поллакиурия иногда может быть физиологической (при усиленном приёме жидкости, охлаждении, эмоциональном напряжении) или являться следствием неврологического заболевания (сахарный диабет). В последнем случае, так же, как и при ночной поллакиурии, вследствие никтурии, при каждом мочеиспускании выделяется нормальное или даже большее, чем в норме, количество мочи.

При урологических заболеваниях поллакиурия сопровождается выделением уменьшенных порций мочи. Это может быть связано с

уменьшением объёма мочевого пузыря вследствие его заболеваний (воспаление, опухоль, камни) или сдавления извне, из-за поражения соседних органов (предстательной железы, матки, прямой кишки).

Странгурия бывает симптомом многих заболеваний, нарушающих опорожнение мочевого пузыря:

- Простатит, опухоли предстательной железы;
- Склероз, стриктуры, опухоли шейки мочевого пузыря;
- Опухоли, камни, инородные тела уретры;
- Нейрогенные расстройства при повреждениях спинного мозга.

Для осуществления акта мочеиспускания пациенту приходится тужиться, напрягать мышцы брюшной стенки. Струя мочи тонкая, вялая, иногда моча выделяется каплями. Больные часто испытывают ложные позывы на мочеиспускание. Острая задержка мочеиспускания возникает внезапно, чаще у пожилых мужчин с гиперплазией предстательной железы, при остром простатите. Она состоит в полной невозможности опорожнения мочевого пузыря. Острая задержка мочеиспускания приводит к переполнению мочевого пузыря, сопровождается мучительными бесплодными позывами на мочеиспускание, сильными болями в надлобковой области. Часто острая задержка мочеиспускания возникает в раннем послеоперационном периоде, после операциях на органах нижнего этажа брюшной полости, малого таза. Это явление развивается в результате рефлекторного спазма сфинктера мочевого пузыря. Патологическим состоянием, противоположным задержке мочеиспускания, является непроизвольное выделение мочи: недержание и недержание.

Под недержанием мочи понимают непроизвольное её выделение без позыва на мочеиспускание, чаще встречается у женщин с опущением влагалища, ослаблением тонуса сфинктера мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Неудержание мочи - неспособность сдерживать мочеиспускание при позывах.

1.2.3. Изменения количества и качества мочи

Количественные изменения мочи подразделяют на увеличение её количества (полиурия), уменьшение (олигурия) и полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь (анурия).

Полиурия (диурез более 2 л в сутки) и олигурия (диурез менее 500 мл в сутки) могут быть физиологическими явлениями: диурез может увеличиваться при обильном приёме жидкости и уменьшаться при ограничении жидкости, усилении потоотделения. Оба симптома могут наблюдаться при неврологических заболеваниях (полиурия - при сахарном диабете, олигурия - при рвоте, диарее). В урологической практике полиурия и олигурия чаще всего служат признаками почечной недостаточности.

Анурия - отсутствие мочи в мочевом пузыре вследствие прекращения поступления её из почек. Различают преренальную (допочечную), ренальную (почечную) и постренальную анурию. Первые две формы относятся к секреторной анурии (нарушена секреция мочи почками), а третья - к экскреторной (нарушено мочевыделение). Основные причины преренальной анурии - нарушения кровообращения, сопровождающиеся гипотонией ниже 60/40 мм рт. ст. (уровень давления, необходимый для фильтрации крови в почечных клубочках). Причины ренальной анурии разнообразны: отравление нефротоксическими ядами, массивный гемолиз, КРАШ-синдром, гломерулонефрит, амилоидоз. Постренальная анурия (обтурационная) вызывается закупоркой мочеточников конкрементами, сдавлением извне (опухоль соседних органов, гематома, пакет увеличенных лимфоузлов и пр.). Анурию необходимо отличать от острой задержки мочеиспускания (ишурии), при которой мочевой пузырь переполнен. Переполнение мочевого пузыря можно установить клинически (позывы на мочеиспускание, выполненность и

болезненность над лобком), путём катетеризации мочевого пузыря и ультразвукового исследования.

К количественным изменениям можно отнести никтурию, при которой более половины суточной мочи выделяется в ночные часы. Причиной никтурии чаще всего бывает скрытая сердечная недостаточность, хронические заболевания почек.

Качественные изменения мочи весьма разнообразны. Они касаются различных качеств мочи: цвета, прозрачности, плотности, рН, а также появления в моче патологических примесей. Особого внимания требует появление крови в моче (гематурия), при которой моча приобретает красный цвет разной интенсивности в зависимости от степени кровотечения: от бледно-розового до ярко-алого. Примесь старой изменившейся крови окрашивает мочу в бурый или коричневый цвет.

При интенсивном кровотечении наступает свёртывание крови в моче и в ней появляются сгустки. Характер окрашивания струи мочи кровью позволяет косвенно судить о локализации источника кровотечения. Если окрашена только или преимущественно начальная порция мочи (инициальная гематурия), то источник кровотечения расположен по ходу мочеиспускательного канала. При появлении или усилении примеси крови в моче в конце акта мочеиспускания (терминальная гематурия) следует думать о наличии источника кровотечения в мочевом пузыре. Равномерное окрашивание мочи на протяжении всей струи (тотальная гематурия) свидетельствует о локализации источника кровотечения в почке или мочеточнике.

1.3. Подготовка к исследованию и сбор мочи для исследований

Большую роль в распознавании нефрологических и урологических заболеваний играет исследование мочи. Для общего анализа мочи используют утреннюю порцию после тщательного туалета наружных половых органов. Мочу в количестве 100-200 мл, собранную в чистую и сухую посуду, относят в лабораторию (на посуде делают наклейку с фамилией и инициалами больного).

При проведении общего анализа мочи учитывают ее цвет, прозрачность, запах, реакцию, удельный вес.

При химическом исследовании мочи определяют наличие в ней белка (его появление в моче носит название протениурии), сахара (глюкозурия), кетоновых тел (кетонурия), билирубина и уробилина (билирубинурия и уробилинурия). Кроме химического исследования при общем анализе мочи проводят микроскопию ее осадка для обнаружения эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров, эпителиальных клеток, кристаллов солей. Появление в моче эритроцитов называется гематурией, обнаружение лейкоцитов в моче - лейкоцитурией. Нахождение в моче цилиндров (гиалиновых, восковидных, зернистых), а также клеток почечного эпителия указывает обычно на поражение клубочков и канальцев почек.

Количественное определение ферментных элементов в моче исследуют по Аддису-Каповскому и Нечипоренко-Амбюрте. При исследовании мочи по методу Аддиса-Каповского мочу собирают утром за 10 ч (больной мочится последний раз накануне вечером), причем у женщин для сбора мочи используют катетер. Из общего количества берут порцию и центрифугируют. Форменные элементы осадка подсчитывают под микроскопом. Нормальное содержание форменных элементов в моче по методу Аддиса-Каповского - эритроцитов до 1 млн, лейкоцитов до 2 млн, цилиндров до 2 тыс.

Метод Нечипоренко применяют в настоящее время значительно чаще, чем метод Аддиса-Каповского. При исследовании по методу Нечипоренко берут среднюю порцию мочи, в дальнейшем производят пересчет форменных элементов на 1 мл мочи. Нормальное содержание при этом методе: эритроцитов - до 1 тыс., лейкоцитов - до 4 тыс., цилиндров - до 220.

При заболеваниях почек и мочевыводящих путей инфекционной природы проводят бактериологическое исследование мочи, позволяющее не только выделить возбудителя заболевания, но и подобрать эффективно действующий на него антибиотик. Для этого 10 мл мочи, взятой катетером,

собирают в стерильную пробирку и направляют в бактериологическую лабораторию, где производят посев на специальные питательные среды в чашки Петри.

Важное место в исследовании контрационной функции почек занимает проба Зимницкого. Мочу собирают через каждые 3 ч в отдельную посуду. Причем отдельно учитывают дневной (с 6 до 18 ч) и ночной (с 18 до 6 ч) диурез. В каждой порции определяют объем и с помощью урометра относительную плотность мочи. При снижении контрационной функции почек плотность мочи снижается и отмечается монотонная относительная плотность мочи (1,007-1,012).

При рентгенологическом исследовании почек применяют чаще всего обзорную рентгенографию почек и мочевых путей и внутривенную урографию, при которой контрастный препарат, выделяющийся почками, вводят внутривенно. Подготовка к обследованию - в течение 3 дней перед обследованием больной соблюдает бесшлаковую диету с исключением продуктов, богатых клетчаткой. Вечером накануне и утром в день исследования ставят очистительную клизму.

Ультразвуковое исследование почек не требует какой-либо специальной подготовки. Однако эхографический осмотр предстательной железы возможен лишь при наполненном мочевом пузыре, для этого больной выпивает 400-500 мл воды за 1-2 г до исследования. При проведении цистоскопии также нет необходимости в предварительной специальной подготовке больных. Помимо диагностических целей, цистоскопию применяют также для удаления доброкачественных опухолей и полипов мочевого пузыря, раздробления камней.

1.4. Особенности ухода за больными при некоторых заболеваниях почек

Нередко при заболеваниях почек встречаются отёки, возникающие в результате повышения проницаемости стенки капилляров, потери белка с мочой и снижения его содержания в крови с последующим уменьшением

коллоидноосмотического (онкотического) давления плазмы, задержки ионов натрия в организме. Характерным признаком почечной природы отёков является их локализация в тех областях, где много рыхлой подкожной жировой клетчатки (например, на веках). Период нарастания отёков сопровождается олигурией. При наличии отёков у пациентов с заболеваниями почек необходимо, как и при сердечной недостаточности, ежедневно учитывать соотношение между количеством потребляемой жидкости и объёмом выделенной мочи. В рационе питания больных в указанных случаях ограничивают содержание хлорида натрия до 1-3 г в сутки. Потребление жидкости допустимо уменьшать лишь при отсутствии явлений почечной недостаточности. При лечении отёков применяют различные мочегонные препараты (фуросемид, гипотиазид, верошпирон и др.).

Для оценки динамики отёков необходимо регулярное взвешивание больных. Частым симптомом заболеваний почек является артериальная гипертензия, возникающая в результате ухудшения кровотока в почках и последующего выделения в них ренина (вещество пептидной природы), способствующего повышению артериального давления.

Почечная артериальная гипертензия бывает, как правило, достаточно стойкой (особой устойчивостью при этом отличается повышенное диастолическое давление) и при длительном течении приводит к перегрузке левого желудочка, развитию сердечной недостаточности, поражению сосудов сетчатки глаза и ухудшению зрения, расстройствам мозгового кровообращения.

Выявление артериальной гипертензии у больного с почечной патологией диктует необходимость регулярного (несколько раз в сутки) контроля артериального давления пациента, ограничения потребления поваренной соли, регулярного приёма гипотензивных и мочегонных препаратов.

1.4.1. Уход при почечной недостаточности

В случаях снижения фильтрационной функции почек говорят о развитии почечной недостаточности. При почечной недостаточности в крови

накапливаются токсические продукты обмена (мочевина, креатинин и другие). Это приводит к нарушению белкового обмена, кислотно-основного баланса с развитием ацидоза (снижение pH крови), тяжёлым нарушениям функций сердечнососудистой, дыхательной, центральной нервной системы, органов пищеварения.

Почечная недостаточность может быть острой и хронической. Острая почечная недостаточность (ОПН) возникает вследствие резкого ухудшения почечного кровотока (шок), при блоке большого количества почечных клубочков (нефротоксические яды). Клинически острая почечная недостаточность характеризуется быстрым развитием, тяжёлым состоянием больного, критическим снижением суточного диуреза (100-200 мл), вплоть до анурии, расстройством сознания, тошнотой, рвотой, нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью.

Уход за больными с острой почечной недостаточностью включает в себя:

- Постоянный контроль диуреза;
- Контроль витальных функций;
- Наблюдение за психическим состоянием (ввиду возможности развития острого психоза).

Больным с ОПН предписывается постельный режим, поэтому актуальны все особенности ухода за лежачими больными.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) развивается в результате длительного течения хронических заболеваний почек и характеризуется постепенным снижением почечной фильтрации. При прогрессировании ХПН возрастает уровень азотистых шлаков в крови (азотемия). Последние начинают выделяться через дыхательные пути, обуславливая запах мочевины изо рта и через ЖКТ, возникновение стойких поносов, тошноты, рвоты. В поздних стадиях ХПН развиваются тяжёлые нарушения функций сердечно-сосудистой системы, ЦНС.

Больные с ХПН должны ограничивать количество белка в пищевом рационе до 30-40 г в сутки (в тяжёлых случаях до 20-25 г), в основном за счёт исключения мяса и рыбы, ограничивать потребление поваренной соли до 2-3 г в сутки. При тяжёлом уремическом поражении производят регулярные промывания желудка и очистительные клизмы с использованием 2%-ного раствора гидрокарбоната натрия.

1.4.2. Уход при острой задержке мочи

Острая задержка мочеиспускания может быть:

- Функциональной - связанной со спазмом сфинктера мочевого пузыря;
- Органической - при наличии в мочевом пузыре или в уретре препятствия.

В случае функционального расстройства разрешению мочеиспускания может способствовать местное применение тепла (применение тёплой грели на надлобковую область), звук льющейся воды (открытый кран), создание психологического комфорта для мочеиспускания (отгораживание от соседей по палате ширмой).

Если эти мероприятия не приносят успеха, то мочу выпускают катетером. При наличии препятствия току мочи и невозможности катетеризации мочевого пузыря, для его опорожнения используются хирургические методы:

- надлобковая пункция мочевого пузыря;
- наложение эпицистостомы (мочепузырно-кожного свища).

1.4.3. Уход при почечной колике

Почечная колика - приступ интенсивных спастических болей в поясничной области, обусловленных продвижением конкремента по мочеточнику или фиксацией камня в мочеточнике с его закупоркой у больных с мочекаменной болезнью. Резкое нарушение оттока мочи приводит к

повышению давления в лоханке почки, растяжению почечной капсулы и появлению приступа болей. Боли обычно иррадируют по ходу мочеточника в надлобковую область, промежность, внутреннюю поверхность бедра, сопровождаются расстройствами мочеиспускания и макрогематурией, а в ряде случаев - рефлекторной тошнотой и рвотой, повышением температуры тела.

Первая помощь при почечной колике:

1. Немедленно вызвать врача;
2. Применить местное тепловое воздействие - горячая грелка на поясничную область, горячая ванна (если нет противопоказаний) с температурой воды 38-39 °С продолжительностью 10-20 минут;

Болевой синдром при почечной колике обусловлен спазмом мочеточника. Применение спазмолитиков и тепла способствует расслаблению гладкомышечных волокон его стенки и уменьшает боли.

1.4.4. Уход при недержании мочи

Недержание мочи встречается при повреждениях или нарушениях тонуса сфинктера мочевого пузыря, пороках развития мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, заболеваниях нервной системы. Уход за больными с недержанием мочи сводится к использованию мочеприемников, в том числе и мягких полиэтиленовых для постоянного ношения, тщательном уходе за кожными покровами, особенно промежности, регулярной смене нательного и постельного белья. Лечение (лекарственные средства, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, оперативное вмешательство) определяется характером заболевания, вызвавшего недержание мочи; с целью симптоматического лечения применяется вдыхание в полость носа порошка адиурекрина (препарат, полученный из задней доли гипофиза), способствующего уменьшению диуреза и дающего однократный эффект в течение 6-8 ч.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.

2.1. Характеристика отделения

Заведует отделением врач высшей категории Гончаров Николай Александрович.

Отделение оснащено современным оборудованием, позволяющим выполнять лечебные и диагностические манипуляции с минимальным количеством осложнений. Волгоградская область - эндемичный регион по мочекаменной болезни, поэтому до 40% больных, находящихся на лечении в отделении, составляют данную категорию. Наличие современного эндоскопического оборудования и дистанционного литотриптора, позволяют дробить камни различных локализаций и размеров с минимальной травматичностью, что сокращает длительность лечения пациентов. При аденоме предстательной железы применяется мировой «золотой стандарт» - трансуретральная резекция простаты. Средний срок нахождения пациентов в стационаре составляет 7 дней, что в 2,5 раза меньше по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами.

Внедрение лапароскопических методов лечения также существенно облегчает послеоперационный период и сокращает сроки лечения. За год в нашем отделении проходят лечение свыше 2100 пациентов, из них 1200 человек получают оперативное лечение.

Операции выполняемые в урологическом отделении:

лапароскопические операции на почках (иссечение кист, нефрэктомии, нефропексии).

эндоскопическое удаление камней из различных отделов мочевыводящей системы.

дистанционное дробление камней почек и мочеточников.

оперативное лечение по поводу недержания мочи.

пластические операции по поводу стриктур уретры.

пластические операции на мужских половых органах, в том числе с протезированием.

перации при варикоцеле с использованием микрохирургических методик.

2.2. Уход за пациентами с острой задержкой мочи

За время моего прохождения практики в отделение поступило двое пациентов с сопутствующим осложнением: острая задержка мочи. По назначению врача была проведена манипуляция катетеризация мочевого пузыря постоянным катетером. Перед проведением данной манипуляции необходимо осуществить туалет наружных половых органов и промежности.

2.2.1. Алгоритм выполнения туалета промежности мужчине

Оснащение:

- Судно – 1 шт.
- Клеёнка – 1 шт.
- Фартук клеёнчатый – 1 шт.
- Зажим (или пинцет) – 1 шт.
- Салфетки марлевые (тампоны) до 10 шт.
- Емкость для воды.
- Контейнер для отходов класса «Б» - 1 шт.
- Антисептический раствор для обработки рук.
- Жидкое мыло – при отсутствии антисептика
- Нестерильные перчатки – 1 пара.
- Дозатор с одноразовым полотенцем.

Подготовка к выполнению процедуры:

1. Налить в емкость теплую воду (35-37°).
2. Положить пациента на спину, согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах помогает младшая медицинская сестра.

3. Подложить под пациента клеенку.
4. Надеть клеенчатый фартук, перчатки.

Алгоритм выполнения манипуляции:

1. Встать сбоку от пациента, смочить салфетку водой.
2. Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена.
3. Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения.
4. Просушить в той же последовательности.
5. Убрать салфетки в контейнер для дезинфекции.

Окончание процедуры:

1. Убрать судно, клеенку.
2. Уложить пациента удобно, накрыть его простыней, одеялом.
3. Убрать отработанные материалы в контейнер для обработки, снять перчатки.
4. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

2.2.3. Алгоритм выполнения туалета промежности женщине

Оснащение

1. Кувшин с тёплой (37-38*) водой или антисептиком , водный термометр
2. Лоток со стерильными салфетками
3. Лоток для использованных салфеток
4. Корнцанг
5. Судно
6. Клеёнка

7. Перчатки

Подготовка к процедуре

8. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту, уточнить как к нему обращаться. Объяснить цель и ход и правила предстоящей процедуры. Получить согласие. Установить доброжелательные, конфиденциальные отношения

9. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки

10. Подстелить клеёнку и поставить судно под крестец пациента на клеёнку

Выполнение процедуры

11. Попросить пациентку согнуть ноги в коленях и слегка развести их стороны

12. Встать справа от пациентки

13. Взять кувшин в левую руку, а корнцанг с марлевой салфеткой в правую руку

14. Лить раствор на половые органы и производить салфеткой движения сверху вниз последовательно от половых органов к заднему проходу, меняя салфетки:

паховую область с одной стороны, затем с другой

половые губы большие и малые

область промежности и анус

15. Осушить гениталии в той же последовательности и в том же направлении корнцангом с сухими салфетками

Завершение процедуры

16. Убрать судно, клеёнку

17. Расправить постельное бельё, укрыть пациента

18. Положить в ёмкость для дезинфекции использованные материалы и предметы ухода

19. Снять перчатки, положить в ёмкость для дезинфекции

20. Вымыть и осушить руки

2.2.4. Алгоритм выполнения катетеризации мочевого пузыря мужчине

Цель. Освобождение мочевого пузыря; введение лекарственного средства; промывание мочевого пузыря.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (уретры).

Оснащение. Стерильные мягкие катетеры разного диаметра - 2 шт.; ватные шарики - 2 шт.; марлевые салфетки - 2 шт.; глицерин; шприц Жане; лоток; пеленка; резиновые перчатки; емкость для мочи (если мочу берут для исследования на стерильность, то посуда должна быть стерильной); пинцет: 700 - 1 500 мл раствора фурацилина 1:5 000; 0,5 % спиртовой раствор хлоргексидина; набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с 3 % раствором хлорамина, промаркированная надписью «Для дезинфекции катетеров».

Катетеризация мочевого пузыря у мужчин, алгоритм выполнения.

1. Моют руки. Обрабатывают их 0,5 % раствором хлоргексидина.
2. Кладут на стерильный лоток два стерильных катетера, закругленные концы которых смазывают стерильным глицерином, два стерильных ватных шарика, смоченных фурацилином, две стерильные салфетки, пинцет, шприц Жане с раствором фурацилина, подогретым на водяной бане до +37...+38 °С,
3. Подмывают пациента. Между его ногами ставят емкость для мочи.
4. Надевают стерильные перчатки и встают справа от пациента.
5. Стерильной салфеткой оборачивают половой член ниже головки.

6. Берут половой член между III и IV пальцами левой руки, слегка сдавливают головку, а I и II пальцами слегка отодвигают крайнюю плоть.

7. Правой рукой берут ватный шарик, смоченный фурацилином, и обрабатывают головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.

8. В наружное отверстие уретры вливают одну-две капли стерильного глицерина.

9. В правую руку берут стерильный пинцет.

10. Стерильным пинцетом берут катетер на расстоянии 5 - 6 см от закругленного конца, а свободный конец захватывают между IV и V пальцами.

11. Вводят катетер пинцетом на 4 - 5 см, удерживая его I и II пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.

12. Перехватывают катетер пинцетом и медленно вводят его еще на 5 см. Одновременно левой рукой натягивают половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.

13. Как только катетер достигнет мочевого пузыря, появляется моча, и свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.

14. После прекращения выделения мочи катетер соединяют с шприцем Жане, наполненным фурацилином, и медленно вводят 100 - 150 мл раствора в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в лоток, удаляют содержимое.

15. Промывание повторяют до тех пор, пока из мочевого пузыря не будет выделяться прозрачная жидкость.

16. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

17. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры ватным шариком, смоченным фурацилином.

2.2.5. Алгоритм выполнения катетеризации мочевого пузыря женщине

Цель. Опорожнение мочевого пузыря; введение лекарственных веществ в мочевой пузырь.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования по специальному назначению врача; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря или мочеиспускательного канала.

Оснащение. Стерильные мягкий катетер - 2 шт. разного диаметра, ватные шарики - 2 шт., марлевые салфетки - 2 шт., глицерин, шприц Жане, лоток, пеленка; емкость для мочи (если моча берется для исследования на стерильность, то посуду для сбора получают в бактериологической лаборатории (стерильную)); раствор фурацилина 1:5 000 - 700- I 500 мл; 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина; резиновые перчатки (стерильные); набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с маркировкой «Для катетеров» с 3 % раствором хлорамина.

Катетеризация мочевого пузыря у женщин, алгоритм выполнения.

1. Обрабатывают руки 0,5 % раствором хлоргексидина, готовят стерильный лоток. Достают из бикса и кладут на лоток стерильные катетеры.

Закругленный конец катетера поливают стерильным глицерином. Два стерильных ватных шарика смачивают раствором фурацилина, кладут на лоток. Также на лоток кладут две стерильные салфетки и пинцет. В шприц Жане набирают 100 - 150 мл подогретого на водяной бане до 37 - 38 °С раствора фурацилина, кладут его на лоток.

2. Подмывают пациентку, убирают судно.

3. Между разведенными и согнутыми в коленях ногами пациентки ставят чистое сухое судно или другую емкость для мочи.

4. Надевают перчатки.

5. Встав справа от пациентки, кладут ей на лобок развернутую стерильную марлевую салфетку. Пальцами левой руки разводят половые губы и ватным шариком, взятым правой рукой пинцетом и смоченным фурацилином, обрабатывают наружное отверстие уретры. Затем пинцетом, взяв его как писчее перо, берут катетер на расстоянии 4 - 5 см от его тупого конца, а свободный конец поддерживают между IV и V пальцами. Тупой конец катетера вращательными движениями медленно вводят в уретру на глубину 4 - 5 см, а свободный конец опускают в емкость для мочи. Выделение мочи свидетельствует о том, что катетер находится в мочевом пузыре.

6. После прекращения выделения мочи катетер соединяют со шприцем Жане, наполненным фурацилином, подогретым на водяной бане до +38 °С.

7. Медленно вводят раствор в мочевой пузырь, а затем присоединяют мочеприемник

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

Изучив клиническую картину, особенности диагностики заболеваний мочевыделительной системы, принципы лечения и профилактики данных заболеваний, можно сделать вывод, что эти знания в совокупности со знаниями особенностей строения и физиологии мочевыделительной системы помогут осуществить все этапы ухода за пациентом. Были разработаны алгоритмы ухода за пациентом при различных заболеваниях мочевыделительной системы.

Изучены и применены на практике особенности ухода за пациентом с заболеванием мочевыделительной системы в рамках отделения реанимации.

Несомненно, велика роль среднего и младшего медицинского персонала, ведь именно они первыми замечают изменения, происходящие в состоянии пациента, как в лучшую, так и в худшую сторону. Поэтому успешность проводимого лечения зависит от их профессионализма, способности объяснить родителям то, как важно соблюдать назначения и рекомендации врача, умения проводить профилактические и обучающие беседы. Кроме всех правил ухода, они обязаны ясно представлять, какое влияние оказывают на организм различные диеты, как влияет режим на состояние здоровья больного. Поэтому роль медицинской сестры в лечебно-профилактическом процессе имеет большое значение.

Цели достигнуты. Задачи выполнены.

Список литературы

1. К.М. Сергеева Учебник «Педиатрия» Издательство ПИТЕР 2009 год 473,477, 481- 488 с.
2. Детские болезни: Учебник /Под ред. А.А. Баранова и Г.А. Лыскиной/. – М.: Медицина, 2010. год 529 – 535 с.
3. Забродина Л.Е. В помощь участковой педиатрической и семейной медицинской сестре// Сестринское дело. – 2009. - №6 42-43 с.
4. Захарова Л.И., Двойников С.И., Рябчикова Т.В., Чайковская М.В. Сестринское дело в педиатрии. Руководство. – Самара, ГП «Перспектива», 2009. – 512 с.
5. Лютикова О.К. Сестринское дело в педиатрии. – М.: АНМИ, 2010. – 399 с.
6. Руководство для средних медицинских работников/ Под ред. Ю.П. Никитина, В.М. Чернышева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 992 с.
7. Сестринская помощь в педиатрии: Учеб. пособие: Пер. с англ./ Под общ. ред. профессора Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2009. – 176 с.
8. Справочник медицинской сестры. – М.: Издательство Эксмо, 2009. – 896 с.
9. Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г., Шеховцова Н.М. Сестринское дело в педиатрии. Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д: Феникс, 2009 год 226 – 231, 244 – 245, 273 – 274 с.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 5 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб