

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультета



Научно-исследовательская работа на тему  
**«Особенности ухода за больными в урологии.»**

группы  
факультета

**Выполнила:**  
Студентка 1 курса 2  
педиатрического  
Иванова Елена Сергеевна

Волгоград 2018г.

## Содержание

1.	Введение.....	2
2.	Цель научно-исследовательской работы.....	2
3.	Задачи научно-исследовательской работы.....	2
4.	Основные определения и понятия.....	2
5.	Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	2
5.1.	Диагностика урологических заболеваний.....	3
5.2.	Уход за урологическими больными.....	4
5.3.	Лечение общего охлаждения (основные принципы).....	5
6.	Уход за урологическими больными, особенности ухода за больными с мочевыми и каловыми свищами.....	5
7.	Собственное исследование.....	10
8.	Вывод.....	10
9.	Список литературы.....	12

## Введение

Урологическое отделение представляет широкие возможности по обследованию и лечению пациентов с патологией мочевыделительной системы. Высокий профессионализм в сочетании с современным оборудованием позволяет решать сложные проблемы при диагностике и лечении заболеваний почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, наружных половых органов.

В отделении выполняется весь спектр традиционных хирургических вмешательств

на почках, мочевых путях и наружных половых органах.

**Цель научно-исследовательской работы:** Изучит особенности уход за больными в урологии. Научиться самостоятельно проводить уход за больным в урологическом отделении.

**Задачи научно-исследовательской работы:** Рассмотреть основные задачи урологического отделения. Знать роль врача уролога. Знать лечение общего охлаждения. Знать про катетеризацию. Надлобковый мочепузырный свищ.

**Основные определения и понятия:** Уросепсис – это опасное осложнение воспалительных заболеваний мочеполовой сферы. Диурез — объём мочи, образуемой за определённый промежуток времени. В нефрологической практике наиболее часто пользуются измерением суточного диуреза — объёма мочи, выделенного за 24 ч. Дренаживание раны или просто дренирование (англ. drain; осушать, дренировать) — непрерывное удаление с помощью медицинских дренажных инструментов (резиновых трубок, марлевых тампонов и т. п.) жидкого содержимого из ран. Катетеризация — хирургическая манипуляция, заключающаяся во введении катетеров в естественные каналы и полости человека, кровеносные и лимфатические сосуды с диагностической и лечебной целью. Свищ — канал, соединяющий полости тела (в том числе патологические) или полые органы с внешней средой или между собой. Обычно имеет вид узкого

канала, выстланного эпителием или грануляционной тканью.

### **Диагностика урологических заболеваний**

лабораторная диагностика (микроскопические, биохимические, гормональные, иммунологические исследования, инфекции передающиеся половым путем, PSA – диагностика рака предстательной железы);

ультразвуковая диагностика;

различные виды рентгеновского исследования;

цистоскопия, биопсия простаты и мочевого пузыря при подозрении на рак.

Операции на почках, мочеточниках:

нефрэктомия;

пиелолитотомия, уретеролитотомия;

пластические операции при гидронефрозе;

лапароскопическая нефропексия;

лапароскопическое иссечение кисты почки;

пункция кисты почки под УЗИ-контролем;

контактная уретеролитотрипсия (разрушение камней без разреза кожных покровов).

Операции на предстательной железе:

трансуретральная резекция (ТУР) простаты – при доброкачественной гиперплазии простаты;

аденомэктомия.

Операции на мочевом пузыре:

трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря;

трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря при склерозе, рассечение стриктуры;

уретероцистонеостомия при уретерогидронефрозе, пластика при пузырно-влагалищных свищах;

цистолитотрипсия.

Пластические операции на верхних и нижних мочевых путях по поводу аномалий развития и приобретенных заболеваний.

### **Уход за урологическими больными**

Уход за урологическими больными имеет ряд особенностей, связанных со своеобразием оперативных вмешательств и большим количеством пожилых людей среди урологических больных. Следует особенно строго соблюдать правила общего ухода, так как неопрятность больных может быть причиной уросепсиса.

Особое значение имеет наблюдение за диурезом. Изменения количества и состава мочи служат характерными признаками течения болезни, серьезных осложнений.

При задержке мочеиспускания помогает грелка над лоном, очистительная клизма, перемена положения, преодоление чувства страха боли. Для восстановления рефлекса на мочеиспускание иногда помогает шум вытекающей из водопровода воды.

Следует знать, что инструментальные методы исследования, проводимые врачами, особенно катетеризация мочеточников, должны проводиться с соблюдением всех правил асептики. Катетеризацию мочевого пузыря (см. Катетеризация), промывание и смену постоянного катетера делают в перевязочной после тщательной обработки наружного отверстия мочеиспускательного канала. Дистальный конец постоянного катетера опускают (путем присоединения дополнительных стерильных трубок) в стерильную посуду для сбора мочи. В особых случаях при опасностях затекания мочи в ткани или промокании повязок катетер можно соединить со слабым водоструйным насосом. У большинства урологических больных, перенесших операцию, имеются временные дренажи для отведения мочи из лоханки почки, мочеточника,

мочевого пузыря. Кроме того, дренажи устанавливают для отведения раневой жидкости из паранефральной и паравезикальной клетчатки (см. Дренирование). Дренажи могут закупориваться сгустками крови, слизью, солями, что может привести к задержке оттока мочи. Дренажные трубки своевременно промывают, а при невозможности восстановить проходимость дренажную трубку заменяют новой (меняет дренажные трубки врач). Для профилактики инфекции сосуды для сбора мочи, соединенные с дренажными трубками, должны быть стерильными. Волосы вокруг дренажей должны быть тщательно выбриты. После операции на мочевом пузыре, предстательной железе необходимо как можно раньше назначать массаж конечностей.

**В особом уходе нуждаются больные после трансплантации почки. Особая подверженность этих больных септическим процессам требует строжайших мер по предупреждению инфекции. Персонал должен работать в стерильной одежде; постельное и нательное белье больных нужно ежедневно менять и стерилизовать.**

### **Лечение общего охлаждения (основные принципы)**

- Прекращение охлаждения и быстрое согревание.
- Восстановление дыхания и кровообращения.
- Профилактика и лечение общих и местных осложнений.

При легкой степени общего охлаждения достаточно одного согревания для ликвидации всех нарушений, вызванных действием холода.

При средней и тяжелой степени общего охлаждения лечение должно проводиться в условиях реанимационного отделения с соблюдением общих принципов оказания реанимационной помощи. После стабилизации основных жизненных функций пострадавший может быть переведен в отделение для лечения последствий, вызванных общим охлаждением.

### **Уход за урологическими больными, особенности ухода за больными с мочевыми и каловыми свищами.**

Урология является медицинской дисциплиной, изучающей этиологию, патогенез, диагностику и лечение заболеваний мочевой системы у мужчин и

женщин, половой системы у мужчин, заболевания надпочечников и разнообразные патологические процессы в забрюшинном пространстве.

В настоящее время в состав урологического отделения, кроме палат, операционной и перевязочных, непременно входят кабинет для эндоскопических исследований (цистоскопическая), кабинеты уродинамических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования. Весьма желательно, чтобы рентгеновский кабинет в урологическом отделении был расположен вблизи цистоскопической, так как в последней проводятся манипуляции, предшествующие некоторым рентгенологическим исследованиям (например, катетеризация мочеточников для ретроградной пиелографии). Это требование необязательно при наличии в рентгеновском кабинете специального рентгеноурологического стола-кресла.

Основной принцип ухода за урологическими больными тот же, что и при уходе за хирургическими больными общего профиля. Однако имеется и специфика. В предоперационный период особое внимание уделяют улучшению функции почек. С этой целью назначают диету с ограничением белков и соли (стол № 7), вводят средства, повышающие диурез (40% раствор глюкозы). При инфицировании мочи показано антибактериальное лечение с учетом чувствительности микробов к лекарственным веществам (бактериологическое исследование мочи).

Большинство больных урологическими заболеваниями – это люди пожилого и старческого возраста, в связи, с чем необходимо учитывать снижение компенсаторных возможностей организма, особенно к операционной травме. Нервная система у пожилых очень ранима. В задачу медицинского персонала входит воздействие на психику больного с целью устранения страха, боязни за исход операции и т.д.

У пожилых людей часто наблюдаются изменения сердечнососудистой системы с проявлениями недостаточности кровообращения, нарушения деятельности печени и других органов. Все это значительно осложняет течение болезни и удлиняет предоперационную подготовку.

Существенным элементом предоперационного периода является подготовка к возможному переливанию крови. В урологической практике почти каждая операция может потребовать переливания крови: либо во время самой операции, либо после нее. Например: нефрэктомия, простатэктомия, цистэктомия. Поэтому накануне операции сестра берет у больного кровь из вены (4-5 мл), в которой за ночь в результате свертывания и отстоя образуется сыворотка (для пробы на индивидуальную совместимость).

В урологическом отделении в большинстве случаев больной поступает из операционной в палату с дренажными трубками или катетером, установленным для отведения мочи. Поэтому к моменту прибытия больного

В палату у краев кровати должны быть подвешены емкости (мочеприемники) соответственно количеству и расположению дренажей, а больного нужно укладывать с таким расчетом, чтобы оперированная сторона не оказалась у стены, так как это затруднило бы наблюдение за дренажными трубками и характером отделяемого. Емкости должны быть из бесцветного прозрачного стекла; их следует стерилизовать кипячением, наполнять небольшим количеством какого-либо антисептического раствора (например, фурацилина) и закупоривать стерильной марлей или резиновой пробкой с заранее проделанным в ней отверстием соответственно калибру дренажа.

Резиновые дренажные трубки в палате удлиняют с помощью резиновых, полихлорвиниловых трубок такого же калибра и соединительных трубок с равномерным просветом. Концы трубок опускают в стеклянные бутылки, подвешенные у кровати. Соединительные стеклянные трубки облегчают наблюдение за характером выделений. Содержимое бутылок нужно чаще выливать, чтобы вид скопившейся в них жидкости максимально соответствовал характеру отделяемого в данный момент. Уретральные катетеры, нефростомические дренажные трубки удлиняются с помощью закрытых дренажных систем – мочеприемников.

После операций на мочевом пузыре или предстательной железе с ушиванием пузыря наглухо и оставлением постоянного уретрального катетера весьма большое значение имеет наблюдение за оттоком мочи по катетеру, начиная с первых же минут после снятия больного с операционного стола. Если вовремя не заметить обтурации катетера и не промыть его, моча, не находящая выхода, перерастянет мочевой пузырь и начнет просачиваться в окружающие ткани, образуя мочевые затеки.

В первые часы после операции важно наблюдать за отделяемым из раны и характером промокания повязки после операции, связанных с повреждением почечной паренхимы (нефролитотомия, резекция почки и др.), так как только при условии пристального, постоянного наблюдения можно вовремя распознать послеоперационное кровотечение и принять меры для его остановки. Обильное промокание послеоперационной повязки свежей кровью должно вызвать тревогу и требует осмотра врача.

Техника катетеризации мочевого пузыря. Существуют мягкие (резиновые) и твердые (металлические) катетеры. Различают 30 номеров катетеров, диаметр которых отличается на 1/3 мм. Обычно употребляют средние номера (14-18). Вначале, как правило, катетеризацию производят мягким катетером, а в случае неуспеха применяют металлический.

Катетеризация у мужчин: больной лежит на спине с раздвинутыми ногами. Между ними ставят чистый лоток.левой рукой берут половой член, головку его обрабатывают дезинфицирующим раствором (0,1% раствор сулемы,



раствор перманганата калия). Конец стерильного катетера обливают стерильным глицерином или вазелиновым маслом. Мягкий катетер вводят пинцетом, металлический берут за противоположный конец и вводят почти горизонтально, потом поднимают вверх и опускают вниз (клюв катетера проходит в мочевой пузырь). Мочу собирают в судно. Введение металлического катетера у мужчин проводит только врач.

Катетеризация у женщин: левой рукой раздвигают половые губы, вульву протирают дезинфицирующим раствором (оксицианистая ртуть, сулема) и вводят катетер в мочеиспускательный канал (не путать с влагалищем!).

Надлобковый мочепузырный свищ. Большинство больных с надлобковым мочепузырным свищом страдают гиперплазией предстательной железы, им противопоказано оперативное лечение. Чаще всего причиной длительного дренирования мочевого пузыря служит почечная или сердечно-сосудистая недостаточность. Многие из них после улучшения состояния могут быть подвергнуты простатэктомии (аденомэктомии). Поэтому главной задачей уролога, наблюдающих этих больных, является их лечение (часто совместно с другими специалистами), направленное на то, чтобы сделать возможным радикальное оперативное лечение. Одно из важных мероприятий в общем комплексе лечения этих больных – уход за мочепузырным дренажом.

Надлобковый мочепузырный свищ на длительное время или пожизненно производится при раке мочевого пузыря и предстательной железы, тяжелых травматических повреждениях уретры, заболеваниях и повреждениях спинного мозга. При оставлении надлобкового мочепузырного дренажа постоянного или на длительное время обычно пользуются головчатыми катетерами Пеццера или Малеко, которые, при сформировавшемся свище не требуют фиксации. Для лучшего функционирования катетера Пеццера, имеющего небольшие отверстия, часто забивающиеся сгустками гноя, крови, песка и слизи, можно по выпуклому ребру катетера прорезать дополнительные отверстия.

Ежедневно или через день производится промывание мочевого пузыря через дренажную трубку дезинфицирующими растворами (марганцовокислый калий 1:5000, 3% борная кислота, фурацилин 1:5000, 0,1% риванол и др.). Цель промываний заключается не только в поддержании проходимости дренажной трубки, но в удалении отделяемого (слизи, гноя, песка) из мочевого пузыря. Промывать мочевой пузырь следует небольшими порциями дезинфицирующего раствора (40-50мл), вводимого медленно до тех пор, пока промывная жидкость, вытекающая из дренажной трубки, не будет прозрачной. Перед промыванием наружный конец катетера обрабатывают ватным шариком, смоченным в спирте. После промывания наружный конец трубки соединяют с мочеприемником, который подвешивают под одеждой у живота или бедра. При достаточной емкости мочевого пузыря больной обходится без мочеприемника, затыкая наружный

конец катетера пробкой и опорожня мочевой пузырь через 2-3 ч. В последние годы появились мочеприемники из синтетических материалов. Такой мочеприемник вместе с дренажом в мочевом пузыре создают единую замкнутую систему, в которой постоянно поддерживается определенное давление. Пользование такими мочеприемниками удобно и просто. Система работает постоянно, круглосуточно. При ее использовании значительно реже наступают обострения хронического пиелонефрита.

Знать терминологию, применяемую в урологической практике.

Нормальный суточный диурез (суточное количество выделенной мочи) в среднем равен 1,5 л (от 700 до 3000 мл). Увеличение диуреза – полиурия – наблюдается при чрезмерном употреблении жидкости, повышении осмотического давления крови вследствие увеличенного содержания в ней сахара (сахарный диабет), нарушении реабсорбции воды в канальцах вследствие недостаточной активности антидиуретического гормона гипофиза (несахарный диабет), снижении концентрационной способности почек при хронических нефритах.

Стойкое уменьшение диуреза – олигурия – и полное отсутствие мочи – анурия могут наступить вследствие заболевания почек, при обезвоживании организма, закупорке мочеточника камнем, слизью или сдавливанием опухолью, а также при нарушении кровообращения или рефлексорно.

В норме опорожнение мочевого пузыря происходит 4-6 раз в сутки при соответствующей емкости мочевого пузыря (200-300 мл). Учащение ритма мочеиспускания – поллакиурия – часто сочетается с полиурией. В этих случаях учащение позывов связано с наполнением мочевого пузыря. Поллакиурия в сочетании с болезненным и затрудненным мочеиспусканием – дизурией – наблюдается при воспалении или камнях мочевого пузыря вследствие раздражения слизистой оболочки. В этих случаях моча часто выходит малыми порциями.

Протеинурия (альбиминурия) – появление белка в моче может наблюдаться и у здоровых лиц после физического напряжения, обильной еды, переохлаждения. У некоторых людей протеинурия появляется при вертикальном положении тела и исчезает при горизонтальном (ортостатическая протеинурия).

Чаще протеинурия наблюдается при нефритах, пиелитах (3-6%) и нефрозах (10-50%).

Гемоглобинурия – появление в моче свободного гемоглобина – указывает на усиленный процесс разрушения эритроцитов (гемолиз). При этом моча в зависимости от количества в ней гемоглобина принимает цвет от розового до черного. Гематурией называется появление крови в моче.

### **Собственное исследование:**

Я проходила практику в ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3»

Операции выполняемые в урологическом отделении:

- лапароскопические операции на почках (иссечения 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.

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 отделении проходят лечение свыше 2100 пациентов, из них 1200 человек получают оперативное лечение.

### **Вывод:**

Роль врача-уролога:

Знать особенности диагностики, клиники, лечения и профилактики урологических заболеваний и уметь оказать необходимую помощь при экстренных состояниях.

- Обеспечивать современный уровень обследования и лечения больных в поликлинике в урологическом отделении.
- Организовывать реабилитацию и диспансерное наблюдение урологических больных.
- Организовывать работу «школ» и «центров» по обучению хронических больных методам самоконтроля.
- Оказывать консультативную помощь и назначать лечение урологическим больным в отделениях не урологического профиля, санаториях и реабилитационных учреждениях.
- Знать основы законодательства о здравоохранении и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений НИИ здравоохранения.
- Обеспечивать правильное ведение документации.
- Постоянно повышать свою профессиональную квалификацию на циклах усовершенствования по специальности.
- Проводить занятия по повышению квалификации среднего медицинского персонала.
- Соблюдать правила медицинской этики.
- Права врача уролога поликлиники:
- Может изменять тактику лечения и собственные назначения, руководствуясь состоянием пациента и данными диагностического обследования.
- Привлекает в необходимых случаях врачей других специальностей для консультации и проведения лечения больных.
- Отдает распоряжения и указания среднему медицинскому персоналу, а также контролирует их выполнение.
- Получает информацию, необходимую для исполнения своих обязанностей.
- Ответственность врача уролога поликлиники:
- Несет ответственность за четкое и своевременное выполнение своих обязанностей, предусмотренных настоящим положением и правилами внутреннего трудового распорядка лечебного учреждения в соответствии с действующим законодательством.

### **Список литературы :**

1. Крупинов Г. Е. Эндолюминальная эхография верхних мочевых путей и уретры. Дисс.... канд. мед. наук. - М., 2002.
2. Маркосян Т. Г. Диагностика и лечение жидкостных образований почек. Дисс.... канд. мед. наук. - М., 2006.
3. Мартов А. Г., Лопаткин Н. А. Руководство по трансуретральной эндоскопической хирургии доброкачественной гиперплазии простаты. - М.: Триада-Х, 1997. - 144 с.
4. Мартов А. Г., Лопаткин Н. А. Эффективность и перспективы современной эндоурологии // Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002 г. - М.: Информполиграф, 2002. - С. 655-684.
5. Аляев Ю. Г. (ред.) Урология: учебник. - М.: МИА, 2005. - 640 с.
6. Аляев Ю. Г., Ахвледиани Н. Д. Современные технологии для выбора метода лечения некоторых урологических заболеваний // В тематическом сборнике "Применение новейших технологий в диагностике урологических заболеваний" (ред. Ю. Г. Аляев). 1-е издание. - М.: ООО "Фирма Стром", 2005. - С. 7-18.

## 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 2 группы



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

В ходе проведённого анализа выявлены непринципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

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

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

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



В.А. Голуб