

**Тема: Сестринский процесс при заболевании мочевыделительной системы и репродуктивной функции у мужчин.**

***Цели занятия:***

***Образовательные:***

1. Изучение методов исследования урологических больных.
2. Формирование практических умений в профессиональной деятельности.

***Развивающие:***

1. Развитие речи, внимания, мышления, умения анализировать, обобщать и оценивать.
2. Формирование умений и навыков практического характера.
3. Развитие способности к имитации и навыков работы в сотрудничестве.
4. Развить и укрепить знания по тактике ведения этих больных, оказанию первой медицинской помощи им.

***Воспитательные:***

1. Способствовать формированию интереса студентов к предмету, воспитывать умение доказывать своё мнение.
2. Воспитание культуры общения, чувства внимательного, чуткого, отзывчивого отношения к этим больным.
3. Воспитывать чувство ответственности за результаты работы.
4. Способствовать воспитанию чувства взаимодействия и сотрудничества.
5. Создание условий для развития социального опыта будущего специалиста.

***Тип урока: познавательный, проблемный, повторение, закрепление.***

***Вид урока: практическое занятие.***

**Метод обучения:** методика актуализаций знаний, блиц – опрос, демонстрация.

**Форма организации:** практическое занятие с отработкой практических умений.

**Средства технологической поддержки учебной работы:**

1. ноутбук;
2. таблицы по теме;
3. история болезни
4. медикаменты
5. перевязочный материал
6. инструменты
7. предметы ухода
8. медицинские резиновые перчатки;

**Структурные элементы урока.**

	Структурные элементы	Содержание занятия	Методы
1.	Введение в тему.	Приветствие.	Монолог.
2.	Мотивация учебной деятельности.	Прослушивание диалога.	Монолог. Тестирование.
3.	Решение ситуационной задачи.	Выбор правильного решения по предложенной ситуации.	Кейс – метод.
4.	Рефлексия.	Высказывание собственного мнения о проделанной работе.	Обмен мнениями.

### ***План урока:***

- I. Организационный момент.
- II. Мотивация учебной деятельности.
  1. Сообщение темы и целей занятия.
  2. Сообщить план занятия для студентов
- III. Организация самостоятельной работы студентов.
  1. Инструктаж по проведению практического занятия.
  2. Выдача методических указаний.
  3. Выполнение задания.
  4. Проверка выполненных работ, обсуждение допущенных ошибок и их коррекция.
- IV. Домашнее задание.
- V. Рефлексия.

### ***Ход урока.***

- I. Организационный момент.
  1. Поздороваться.
  2. Обратит внимание на внешний вид студентов, на наличие наглядных пособий, лекционных тетрадей.
  3. Сформулировать тему и её обоснование.
  4. Определить цели занятия и сообщить план занятия.
- II. Мотивация учебной деятельности.
  1. Сообщение темы и целей занятия.

**Тема:** Сестринская помощь при заболеваниях органов мочевыделительной системы и патологии репродуктивной функции у мужчин.

### **3.Сообщить план занятия для студентов:**

#### **План:**

1. Разбор темы.
2. Знакомство с диагностическими методами обследования урологических больных
3. Решение ситуационных задач с составлением плана сестринского вмешательства .

#### **4.Самостоятельная работа:**

1. тестовый контроль
2. Работа в отделении:
  - выполнение назначения врача и манипуляций по уходу за больными в послеоперационном периоде
  - составление плана сестринского ухода за урологическими больными
  - знакомство с историями болезни
  - присутствие на перевязках

#### **5. Демонстрация преподавателем манипуляций :**

- катетеризации мочевого пузыря
- уход за цистостомой
- уход за дренажами и катетарами

#### **6. Отработка манипуляций:**

- уход за дренажами
- уход за мочевым катетером.
- уход за цистостомой

#### **7. Решение кроссворда на пройденную тему**

#### **7. Итог**

#### **9. Домашнее задание**

#### **Контроль исходного уровня знания**

##### **▪ Теоретический разбор темы:**

##### *Знать:*

*1. Повреждение почек. Причина, основные клинические симптомы. Первая медицинская помощь. Принципы лечения.*

*2. Травма мочевого пузыря, уретры.*

*3. Сестринская деятельность в периоперативном периоде.*

*4. Подготовка к обследованию, обучение пациента и его семьи к обследованию.*

5. Воспаление головки полового члена ( баланопостит). Причина, основные клинические симптомы. Лечение.

6. Простатит

7. Аденома предстательной железы. Мужское бесплодие ( варикоцеле).

8. С.п. и сестринский процесс при патологии репродуктивной функции у мужчин.

#### **Задача № 14**

Медсестру, проживающую по соседству, пригласили к пациенту, страдающему мочекаменной болезнью.

Пациент 42 лет вечером за ужином съел большую порцию жареного мяса. Ночью у него появились резкие боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область, частое болезненное мочеиспускание.

Объективно: поведение беспокойное, мечется, стонет. Кожные покровы обычной окраски, влажные, ЧДД 22 в минуту, пульс 100 в минуту, живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации, симптом Пастернацкого резко положительный справа.

#### **Задания**

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий м/с.
3. Продемонстрируйте технику выполнения п/к инъекции: атропин 0,1% р-р 1 мл.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. В результате несоблюдения диеты у больного развился приступ почечной колики.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

- резкие боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область;

- частое болезненное мочеиспускание;
- беспокойное поведение;
- симптом Пастернацкого резко положительный справа.

## 2. Алгоритм действий медсестры:

- вызвать бригаду скорой помощи с целью оказания неотложной помощи (вызов скорой помощи возможен с помощью третьего лица);
- применить теплую грелку на поясницу, уменьшающую болевой синдром;
- использовать приемы словесного внушения и отвлечения;
- контроль пульса, ЧДД, АД;
- наблюдать за пациентом до прибытия врача с целью контроля общего состояния.

## 3. Демонстрация техники выполнения подкожной инъекции 0,2% раствора папаверина гидрохлорида (2 мл) согласно алгоритму манипуляции.

### **Задача №24**

В урологическое отделение поступил пациент с диагнозом «Мочекаменная болезнь». Страдает заболеванием в течение 5 лет. Приступы почечной колики сопровождались отхождением камней и кровью в моче.

При осмотре медсестра выявила: Пациент возбужден. Ищет удобное положение в постели. Жалобы на сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующую в паховую область и половые органы. Мочеиспускание малыми порциями, в моче кровь. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

АД – 130/80мм. рт ст. Пульс 78уд. в минуту, ЧДД – 20 в минуту.

#### Задания:

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. выполните катетеризацию мягким катетером (на фантоме).

#### Эталон ответа

Проблемы пациента:

Настоящие:

- боль;
- нарушение мочеиспускания.

Потенциальные:

- риск инфицирования мочевыводящих путей;
- риск повреждения слизистой мочеточника камнем.

Приоритетная – нарушение мочеиспускания, боль.

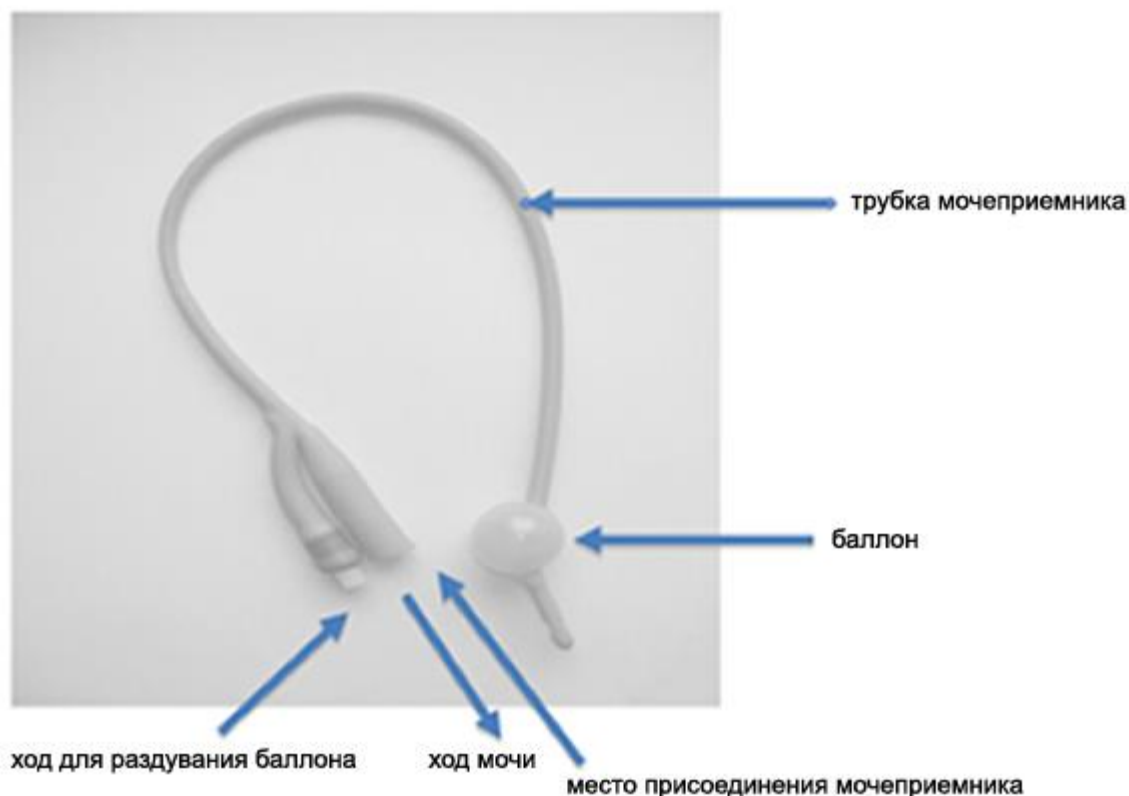
Цель краткосрочная – за время пребывания пациента в стационаре боли уменьшатся, мочеиспускание нормализуется.

План	Мотивация
1. По назначению врача медсестра введет обезболивающий препарат.	Уменьшение боли.
2. Медсестра по назначению врача положит теплую грелку на поясничную область.	Снятие спазма и уменьшение боли.
3. По назначению врача введет спазмолитические и мочегонные средства.	Снятие спазма, восстановление мочеиспускания.
4. Медсестра обеспечит пациенту обильное питье.	Восстановление мочеиспускания.

План	Мотивация
1. Медсестра по назначению врача обеспечит введение обезболивающих препаратов.	Уменьшение боли в области послеоперационной раны.
2. Проведет беседу с пациентом о необходимости выведения мочи через мочевого катетер.	Психологическая поддержка пациента.
3. Медсестра 2-3 раза в день обеспечит обработку кожи в области надлобкового свища: – обмывание теплой водой; – вытирание насухо стерильной салфеткой; – смывание индифферентной мазью.	Профилактика мацерации кожи.
4. Медсестра научит пациента пользоваться мочеприемником.	Для опорожнения мочевого пузыря.

# УХОД ЗА ВНЕШНИМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ

Устройство мочевого катетера



## Уход за мочевым катетером

Когда у пациента стоит катетер, инфекцию мочевого пузыря не всегда удастся предотвратить, но можно уменьшить вероятность ее появления. В этом разделе мы более подробно расскажем о том, как ухаживать за мочевым катетером. Обратите внимание, что все манипуляции проводятся после тщательного мытья рук и желательно в перчатках.

Два раза в день обмывайте участок кожи вокруг катетера водой с мылом, чтобы избежать раздражения и развития инфекции. Кроме того, после каждого опорожнения кишечника подмывайте больного. После подмывания тщательно, легкими движениями, обсушите кожу.

Женщинам при подтирании после опорожнения кишечника, обмывании и обсушивании промежности следует делать движения спереди назад, чтобы бактерии из прямой кишки не попадали в катетер и мочевые пути.

Ежедневно промывайте мочеприемник водой. В воду можно добавить 3% раствор столового уксуса из расчета 1:7.

Опорожняйте мочеприемник через каждые 3-4 ч.



Всегда держите мочеприемник ниже уровня мочевого пузыря.

Немедленно сообщите врачу, если из-под катетера начинает подтекать моча, появляются боли в животе, чувство распирания, кровь или хлопья в моче. Если катетер засорился, причиняет боль, то его необходимо немедленно заменить.

Никогда не тяните за катетер. Отсоединяйте катетер только для его промывания или замены, а так же опорожнения мочеприемника.

Причины, по которым подтекает моча: слишком тонкий катетер, недостаточно раздут баллон, перегиб катетера или трубки мочеприемника, блокада катетера.

Если перестал осуществляться отток мочи, причинами могут быть:

- перегиб катетера или трубки мочеприемника,
- недостаточное поступление жидкости в организм (увеличьте объем потребляемой жидкости),
- мочеприемник зафиксирован слишком высоко (опустите его ниже уровня мочевого пузыря),
- блокада катетера,
- нарушение функции почек (анурия) при ухудшении состояния пациента.

Катетер, установленный в мочевом пузыре, могут промывать сам больной или его родные. Для промывания используется теплый раствор физиологического раствора. При появлении осадка или хлопьев в моче промывайте катетер раствором фурацилина. Дома можно приготовить раствор из двух таблеток фурацилина растворенных в 400 мл кипяченой воды. Раствор процедите через двойной слой марли. Можно купить готовый раствор в аптеке. Пригодны так же 3% раствор борной кислоты, диоксидин, разведенный в пропорции 1:40, мирамистин, 2% раствор хлоргексидина. Промывают катетер 50 или 100-миллиграмовым шприцом (шприц Жане). Шприц перед употреблением промыть кипятком, а в промежутках хранить в дез.растворе: 3% хлорамин или 2% хлоргексидин. Растворы продаются в аптеке. Отсоединив трубку от мочеприемника, обработайте ее конец снаружи раствором фурацилина или любым антисептическим раствором. Затем наберите в шприц раствор, канюлю шприца вставьте в отверстие трубки и медленно введите раствор, начиная с малых порций (20-30 мл). После введении порций раствора шприц выньте из катетера. Раствор будет свободно вытекать.

Если требуется лечебное воздействие на слизистую оболочку мочевого пузыря, промывания могут быть ежедневными. В других случаях — по мере необходимости.

## **Уход за мочевым катетером**

Наличие у больного постоянного катетера для удаления мочи из мочевого пузыря предусматривает тщательный гигиенический уход и соблюдение больным оптимального питьевого режима. Больному необходимо чаще употреблять жидкость, снижая концентрацию мочи и уменьшая, таким образом, вероятность развития инфекции мочевых путей. Гигиенические мероприятия должны включать уход за промежностью и собственно за катетером. При этом следует соблюдать меры предосторожности:

мыть промежность в направлении спереди назад;

следить, чтобы трубка катетера была надежно прикреплена к внутренней поверхности бедра с помощью пластыря;

прикреплять дренажный мешок к кровати таким образом, чтобы он находился ниже мочевого пузыря больного, но не касался пола;

следить за тем, чтобы трубка катетера не перекручивалась и не образовывала петель.

### **Для ухода за промежностью необходимо приготовить:**

1. резиновые перчатки;
  2. полотенце;
  3. клеенку;
  4. салфетки или бумажное полотенце;
  5. мешок для мусора;
  6. мешок для грязного белья;
  7. ватные тампоны;
  8. зажим;
  9. кувшин или тазик для подмывания;
- мыло.

### **Для выполнения процедуры:**

опустите изголовье кровати, чтобы больной лежал на спине горизонтально;  
накройте больного одеялом, оставив открытыми таз и ноги;

подложите клеенку под ягодицы больного и поставьте на нее судно. Попросите его, чтобы он, согнув колени, приподнял ягодицы. Если он не в состоянии этого сделать, переверните его набок и постелите клеенку, затем переверните вновь на спину;

налейте в кувшин теплой воды;

наденьте перчатки;

встаньте справа от больного, в правую руку возьмите зажим с ватным тампоном, а в левую руку - кувшин с теплой водой. Обработку промежности начинайте сверху вниз: от половых органов до заднепроходного отверстия (ватные тампоны нужно менять после каждого движения сверху вниз);

сухой салфеткой подсушите кожу промежности в том же направлении;

с помощью ватных тампонов вымойте и высушите 10 сантиметров катетера, начиная с того места, где он выходит из мочеиспускательного канала.

Осмотрите область вокруг катетера, не подтекает ли моча;

трубку катетера прикрепите с помощью пластыря к внутренней поверхности бедра больного. Чтобы катетер не вытягивался из входа в мочеиспускательный канал, ослабьте натяжение трубки и убедитесь, что дренажный мешок прикреплен к кровати;

уберите судно, клеенку, снимите перчатки;

удобно уложите больного и накройте его одеялом;

спросите, как больной себя чувствует после процедуры.

#### **Для опорожнения мочевого дренажного мешка:**

1 оденьте перчатки;

2 мерную емкость для сбора и измерения мочи поместите под отводной трубкой дренажного мешка;

3 освободите отводную трубку из держателя, находящегося сбоку дренажного мешка, и откройте зажим трубки. Мочу слейте в мерную емкость;

4 закройте зажим, конец отводной трубки протрите салфеткой, смоченной спиртом, закрепите отводную трубку в держателе;

5 снимите перчатки и вымойте руки после процедуры.

### **Уход за эпицистостомой**

Как правило, *мочевой катетер* врачи не оставляют на длительный срок, гораздо чаще создается так называемая эпицистостома - трубочка-дренаж, которую при помощи операции устанавливают в мочевой пузырь между пупком и лоном. У одних больных эта трубка стоит временно, а другие живут с этой трубкой до конца своих дней.

Выделение мочи в этом случае осуществляется через резиновый катетер. Меняют катетер 1 раз в месяц, так как он может закупориваться мочевыми солями, трескаться при замене или удалении, надрываться. При наличии эпицистостомы больной нуждается в периодическом промывании мочевого пузыря (не реже 2 раз в неделю).

В домашних условиях уход за эпицистостомой и сбор мочи в течение суток осуществляется следующим образом.

#### **-При уходе за кожей вокруг эпицистостомы:**

- кожу вокруг эпицистостомы промывают теплой кипяченой водой или раствором фурацилина (также можно использовать слабый раствор марганцовокислого калия);
- поверхность кожи подсушивают с помощью салфеток;
- на кожу вокруг эпицистостомы наносят пасту Лассара или другую мазь, рекомендованную врачом;
- после впитывания остатки мази удаляют с помощью салфетки.

При уходе за эпицистостомой необходимо наблюдать за функционированием дренажей. Важно вовремя заметить появление в моче следов крови, прекращение оттока мочи по дренажу, так как это может быть связано с закупоркой дренажа, выпадением или перегибом катетера.

#### **Промывание мочевого пузыря**

Лучше доверить эту процедуру медицинскому работнику. Если возможности постоянно прибегать к помощи специалиста нет, попросите своего врача или медсестру подробно рассказать вам и продемонстрировать, как выполняется эта процедура. Наши рекомендации могут служить лишь дополнительным напоминанием.

Для промывания мочевого пузыря:

- надевают стерильные перчатки;
- набирают в стерильный шприц Жанэ 200 мл стерильного раствора фурацилина в концентрации 1:5000 (лучше приобрести в производственном отделе аптеки готовый раствор, а не готовить его дома самостоятельно) или 3 %-ного раствора борной кислоты;
- отсоединяют катетер от мочевого пузыря;
- вставляют конец шприца в отверстие катетера;
- осторожно вводят в пузырь 30-40 миллилитров раствора;
- отсоединяют шприц от катетера;
- подставляют лоток или другую емкость под вытекающую жидкость;
- процедуру повторяют до появления чистых промывных вод.

Для сбора мочи в дневное время наружный конец катетера опускают в мочеприемник, который у ходячих больных подвешивают под одеждой у живота или бедра.

На ночь, а также, если больной не ходит, наружный конец катетера опускают в контейнер, прикрепленный к кровати.

### **Замена мочеприемника**

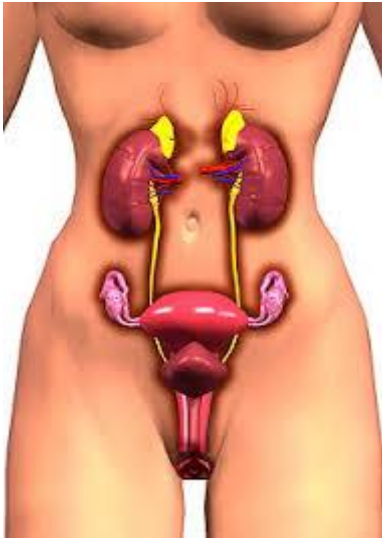
При замене мочеприемника:

- готовят чистый мочеприемник;
- отделяют трубку мочеприемника от катетера;
- из использованного мочеприемника мочу сливают, старый мочеприемник кладут в целлофановый пакет и выбрасывают (если мочеприемник не будет заменен на новый, его можно повторно использовать, промыв водой и замочив на 1 ч в 3 %-ном растворе хлорамина, затем вновь промыв его водой);
- соединяют чистый мочеприемник с катетером;
- снимают перчатки и моют руки после процедуры.

### **Общие рекомендации**

Больные с эпицистостомой требуют очень тщательного ухода. Им рекомендуется полноценное регулярное и достаточное, но не чрезмерное, питание. Из рациона исключают острую и соленую пищу и алкоголь. Желательно отказаться от курения или, по крайней мере, значительно сократить количество выкуриваемых сигарет. Побуждайте больного к специальной лечебной гимнастике и к прогулкам, помогайте им совершать их. Будьте очень терпимы к капризам больного.





**Диагностика  
мочекаменной болезни**





Обзорная урограмма больного с двухсторонними рентгеноконтрастными (видными) коралловидными камнями и камнем в мочевом пузыре



Обзорная урограмма больного с камнем в левой почке

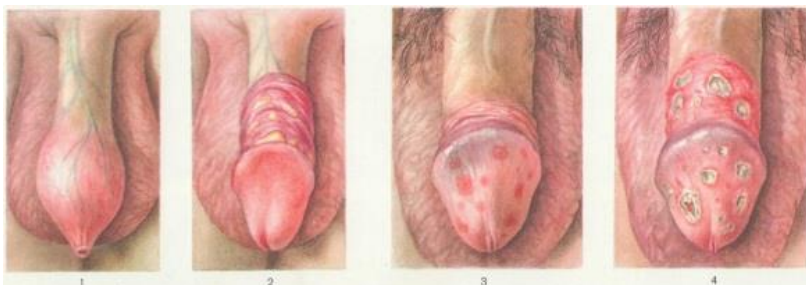


## Признаки и симптомы баланопостита



Часто баланопостит начинается с едва заметных симптомов, которые увеличиваются при дальнейшем прогрессировании болезни. проявляет себя Balanoposthitis с ощущения зуда и жжения в области головки полового члена. Порой возникают негативные чувства при оголении крайней плоти. Далее возникают боли и негативные ощущения во время секса. Характерным становится покраснение головки и отек пораженного участка. Кроме того может возникнуть пятнистая сыпь. Заболевание нередко поражает не только головку, но и распространяться на всю длину пениса и прилегающие к нему участки тела. Зачастую воспалительный процесс сопровождается неприятными ощущениями. Самыми узнаваемыми признаками баланопостита являются выделения из пениса, которые имеют неприятный запах и серовато-зеленый цвет. В дальнейшем при мочеиспускании наблюдаются затруднения. У многих мужчин бывает даже лихорадка.

## Причины возникновения баланопостита



**Баланопостит** – заболевание, характеризующееся воспалением головки (баланит) и внутреннего листка крайней плоти полового члена (постит). Среди урологических заболеваний распространенность его довольно велика. Причиной возникновения баланопостита служит банальная инфекция, имеющая полимикробную этиологию, а именно – дрожжевые грибки, стрептококки, стафилококки, фузоспироплезный симбиоз. Заболевание может передаваться половым путем.

Довольно часто баланопостит развивается на фоне общих заболеваний, способствующих ослаблению естественной резистентности кожи к патологическим микроорганизмам и чужеродным агентам. Это такие тяжелые заболевания, как сахарный диабет, гиповитаминоз, анемия, аллергические проявления. Кроме этого существуют различные местные предрасполагающие факторы – неправильная гигиена, узость крайней плоти, гнойные выделения из мочеиспускательного канала, травмирование полового члена.

Все это способствует накоплению секрета желез крайней плоти полового члена – смегмы, которая постепенно собираясь под кожей головки, приводит к её воспалению. Длительное воспаление внутреннего листка крайней плоти или самой головки полового члена приводит к серьезным осложнениям. Чаще всего это проявляется в снижении чувствительности полового члена, и как результат, нарушении качества половой жизни.

Кроме того, воспалительный процесс может распространиться на мочеиспускательный канал, вызвав развитие уретрита, проявляющегося в сужении уретры и нарушении мочеиспускания. Однако самыми тяжелыми последствиями баланопостита являются фимоз и злокачественные новообразования полового члена.

## **Симптомы заболевания баланопостит**

Признаки болезни на каждой из стадий проявляются по-разному и имеют различную интенсивность. К примеру, все симптомы баланопостита в острой форме можно разделить на 3 группы:

### **1. Незначительные поражения кожного покрова**

Они сопровождаются зудом, резью, жжением в области головки полового члена, а также покраснением и припухлостью кожи в этом месте. Зачастую продолжительность полового акта значительно снижается, проявляется преждевременная эякуляция.

### **2. Изменения в кожном покрове головки полового члена**

Проявляется в виде истончения слизистой и сухости кожи, появления трещин и язвочек в крайней плоти или головке полового члена, сужение крайней плоти затрудняет обнажение головки. Все эти проявления баланопостита приводят к болезненному половому акту.

### **3. Появление патологических выделений**

На этой стадии выделение смегмы (секрета сальных желез крайней плоти) становится настолько интенсивным, что она может даже пропитывать белье, хотя при нормальном состоянии здоровья смегма выделяется в малых количествах и обычно не доставляет мужчине беспокойства. Появляются также гнойные выделения из мочеиспускательного канала. В отдельных случаях возможно повышение температуры и появление слабости.

Все вышеперечисленные симптомы баланопостита могут проявляться либо по отдельности, либо в различных комбинациях. В любом случае при появлении первых признаков заболевания следует немедленно обратиться к врачу.

## Формы баланопостита



По характеру течения болезни выделяют следующие формы баланопостита:

- **Простая форма (катаральный баланопостит)**

Для нее характерна отечность, покраснение и мацерация (влажное размягчение) внутреннего листка крайней плоти и кожи головки с последующим формированием эрозивных очагов разной величины и очертания с гнойными выделениями. Все это сопровождается легким зудом и жжением.

- **Эрозивная форма**

Эта форма баланопостита отличается появлением набухших белых участков омертвевшего эпителия, впоследствии переходящих в резко очерченные болезненные эрозии ярко-красного цвета с ободком мацерации по краю. Осложнением этого процесса может быть фимоз. Во многих случаях отмечается также болезненный паховый лимфаденит или регионарный лимфангит.

- **Гангренозная форма**

Протекание гангренозного баланопостита сопровождается общей слабостью и лихорадкой. На фоне резкой отечности и покраснения крайней плоти и головки полового члена образуются глубокие гнойно-некротические язвы различной величины. Заживление язв происходит очень медленно, как правило, развивается [фимоз](#).

Во всех случаях заболевания баланопоститом прежде всего следует сдать анализы на [сифилис](#), чтобы исключить эту болезнь. В соответствующем медицинском учреждении вам проведут исследования на определение возбудителя сифилиса – бледную трепонему, проведут конфрагментацию и серологические реакции.

# Что такое аденома простаты



Аденома предстательной железы (доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ДГПЖ) — это доброкачественная опухоль, часто возникающая у мужчин старше 40-50 лет.

Аденома простаты представляет собой разрастание ткани предстательной железы и возникновение в ней доброкачественных новообразований (опухолей, «узлов»). Поскольку предстательная железа охватывает собой часть мочеиспускательного канала, при разрастании она сдавливает его, и мочеиспускание затрудняется.

## Причины аденомы простаты

Причина развития аденомы простаты - гормональные перестройки, происходящие в организме мужчины с возрастом: снижение уровня мужских половых гормонов (тестостерона) при одновременном увеличении женских (эстрогенов). Риск заболеть аденомой простаты повышается после 40-50 лет. У молодых мужчин это заболевание встречается крайне редко.

## Симптомы аденомы простаты

- учащенное мочеиспускание;
- позывы на мочеиспускание в ночные часы, что приводит к прерыванию сна;
- ослабление напора струи, слабая, тонкая, прерывистая струя мочи;
- необходимость немедленно помочиться после позыва;

- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, мочеиспускание в два приема с интервалом 5-10 минут;
- необходимость натуживания при мочеиспускании;
- при переполненном мочевом пузыре может иметь место недержание мочи.

Аденома простаты развивается постепенно, проходя три стадии. На первой стадии болезни нарушения мочеиспускания минимальны. Отмечается небольшое его учащение (особенно ночью) и вялость струи мочи.

Продолжительность первой стадии индивидуальна – от 1 года до 10-12 лет. На второй стадии заболевания нарушения более выражены: струя мочи становится прерывистой, появляется необходимость натуживания и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. В мочевом пузыре после начинает оставаться моча, что ведет к ее задержке в мочевыводящих путях и воспалению их слизистой. Это проявляется болезненностью, чувством «жжения» при мочеиспускании, болями в надлобковой области и пояснице. Вторая стадия практически всегда переходит в третью.

В третьей стадии болезни моча (ночью, а затем и днем) периодически или все время выделяется непроизвольно, что требует использования мочеприемника.

## **Осложнения аденомы простаты**

### **Задержка мочи**

Острая задержка мочи проявляется невозможностью помочиться.

Появляются мучительные позывы на мочеиспускание, боли в надлобковой области. При аденоме простаты **спровоцировать острую задержку мочи могут:**

- злоупотребление алкоголем,
- запоры,
- переохлаждение,
- вынужденный постельный режим,
- несвоевременное опорожнение мочевого пузыря.

В этом случае необходимо экстренно обратиться в хирургический стационар!

### **Воспаление мочевыводящих путей**

Включают уретрит, цистит, пиелонефрит, которые возникают из-за застаивания мочи в мочевыводящих путях, что создает благоприятную среду

для развития инфекции. Нарушение оттока мочи из мочевого пузыря и воспалительные изменения приводят к таким заболеваниям мочевого пузыря, в первую очередь, мочекаменной болезни. Серьезные нарушения оттока мочи из почек ведет к гидронефрозу и почечной недостаточности.

## **Прогноз**

На ранней стадии болезнь можно остановить. Если своевременно обратиться к врачу и принимать назначенное им лечение, то простата не будет увеличиваться в объеме и нарушения мочеиспускания не возникнут. На поздних стадиях болезни существенно снижается качество жизни и повышается риск развития осложнений.

## **Профилактика аденомы простаты**

- контроль массы тела (чем больше масса тела, тем больше простата);
- соблюдение диеты – ограничить употребление красного мяса, животных жиров (сливочное масло, маргарин, молоко), легкоусвояемых углеводов (мучные изделия), в рационе должны преобладать овощи и фрукты;
- каждый мужчина старше 45 лет должен ежегодно проходить обследование у уролога и проверять уровень ПСА.

## **Профилактика острой задержки мочи при аденоме простаты**

Избегать:

- запоров,
- переохлаждения,
- переполнения мочевого пузыря,
- ограничить потребление алкоголя (особенно пива), острой, пряной пищи.

При наличии аденомы предстательной железы желателно каждые 1,5-2 года проходить контрольное обследование.

## **Сестринский процесс при мочекаменной болезни**

Изучая анамнез, медсестре необходимо узнать о предшествовавших заболеванию эпизодах почечной колики, наследственной отягощенности, нарушениях диеты, низком потреблении жидкости, инфекциях мочевыводящих путей, подагре, заболеваниях кишечника или о специфической причине гиперкальциурии.

Определяют концентрацию Са, НСО<sub>3</sub> и креатинина в сыворотке крови. В моче могут быть выявлены цистин, струвит или другие кристаллы; при подозрении на инфекционный процесс берут мочу на посев и выделение культур микроорганизмов.

Если состав камня не определен, объем мочи увеличивают, повышая потребление жидкости.

Всех больных с инфекцией, мочекислыми или цистиновыми камнями обследуют и назначают соответствующее лечение. При обнаружении кальциевых камней врач обследует больного на гиперкальциемию и гиперпаратиреоз. Собирают суточную мочу для определения гиперкальциурии (> 300 мг у мужчин, > 250 мг у женщин); рН, экскреции мочевой кислоты и оксалата. Полученные результаты позволяют назначить специфическую терапию.

Общие рекомендации включают: диетотерапию, контроль за суточным потреблением жидкости, проведение лечебной физкультуры, физиотерапевтических и бальнеологических процедур.

Характер питания является одним из главных факторов риска развития мочевого камня и, учитывая это, немаловажную роль приобретает диетотерапия, адекватное поддержание водного баланса и т.д. Диетические рекомендации основаны на данных химического анализа удаленного камня и направлены на коррекцию биохимических изменений в организме.

## **Цели сестринских вмешательств**

### **План сестринских вмешательств**

Пациент не будет испытывать страх из-за кровянистой мочи  
Объяснить пациенту суть его заболевания.

Информировать пациента о предстоящих методах обследования, о подготовке к исследованиям мочи, крови, рентгенологическим исследованиям.

3.Подготовить гемостатические средства: кальция хлорид 10%. викаоол 1%. дицинон (этамзилат) 12.5%,амнинокапроновую кислоту 5%.

4. Ввести гемостатические средства по назначению I врача.

5. Побеседовать с родственниками о правилах ухода за пациентом  
Через 30 минут пациент не будет испытывать боль в поясничной области 1.  
Обеспечить пациента теплой сухой постелью.
2. Установить температуру в комнате 22—23°C.
3. Поместить пациента в теплую ванну (при невозможности — приложить грелку к поясничной области и на живот).
4. Ввести внутримышечно 2—4 мл 50% раствора анальгина или 1 мл 0,2% раствора платифиллина
5. Вызвать врача.
6. Если боль не купирована, по назначению врача ввести внутривенно 1 мл 2(1)% раствора промедола вместе с 10 мл 0.9% натрия хлорида.
7. Проследить за обильным питьем жидкости

- Отеки у пациента уменьшатся 1. Обеспечить пациенту диету с ограничением жидкости до 1 литра в сутки и соли до 6-10 г в сутки.
2. Следить за высокой температурой в комнате для выведения влаги через кожу.
  3. При задержке мочи камнем выполнить катетеризацию мочевого пузыря.
  4. Выполнить все назначения врача.
  5. Провести беседу с родственниками о разрешенных передачах продуктов

### **Пациент не будет испытывать жар и озноб**

1. Придать пациенту удобное положение в постели.
2. Тепло укрыть одеялами, положить грелки к пояснице, конечностям — при ознобе.
3. Обильное питье пациентом жидкости (соков, компотов, чая) — при жаре.
4. Пузырь со льдом подвесить над головой пациента — при жаре.
5. В диете ограничить острые, экстрактивные, соленые блюда. Запретить алкоголь.
6. Своевременно выполнять назначение врача по введению антибактериальных лекарственных средств

Пациент не будет испытывать опасность обострения симптомов дома после выписки из стационара

1. Обучить пациента навыкам самоухода при отеках, тошноте; правилам соблюдения диеты.
2. Провести беседу с родственниками — членами семьи о



- содержание постельного белья сухим;
- правила приготовления диетических блюд,
- использование необходимой литературы по профилактике заболевания почек.

## **6. Роль медсестры в реабилитации пациентов**

### **Советы больным мочекаменной болезнью**

- необходимо выяснить основной химический состав камней (определяется по внешнему виду камней или по повышенному количеству определенных солей в биохимическом анализе мочи) и кислотность мочи (определяется в общем анализе мочи), т.к. от этого зависит выбор минеральной воды и диета;
- соблюдать правильный питьевой режим - нужно принимать 2-3 литра жидкости в сутки (минеральная вода, компот, морс, соки, отвары лекарственных трав, арбузы);
- соблюдать диету с ограничением продуктов, содержащих те соли, из которых образуются камни;
- не откладывать посещение туалета при позывах к мочеиспусканию
- не допускать застоя мочи; - избегать переохлаждения;
- своевременно проходить курс лечения при появлении признаков инфекции мочевых путей.

Диетотерапия сводится к ограничению общего количества потребляемой пищи, жиров, поваренной соли. Целесообразно полностью исключить бульоны, шоколад, кофе, какао, жареную и острую пищу. При нормальной клубочковой фильтрации рекомендуют прием не менее 1,5 л жидкости в сутки.

### **Диетические рекомендации при уратном уролитиазе:**

исключение продуктов с высоким содержанием пуриновых соединений (являющихся источниками образования в организме мочевой кислоты), таких как различные мясные продукты (колбасы, мясные бульоны, субпродукты), бобовые, кофе, шоколад, какао. Низкая рН мочи и экскреция цитрата связана с высоким потреблением животного белка и алкоголя вследствие метаболического ацидоза. Исключение алкоголя и уменьшение белка в сбалансированной диете приводит к возрастанию рН и экскреции цитрата. Больному необходимо рекомендовать суточный прием 2,5–3,0 л жидкости для достижения объема мочи более 2 л/сутки.

**Диетические рекомендации при кальций–оксалатном уролитиазе** состоят в ограничении приема продуктов с высоким содержанием кальция, аскорбиновой кислоты и оксалата. К этим продуктам относятся молоко и молочные продукты, сыр, шоколад, зеленые овощи, черная смородина, клубника, крепкий чай, какао. Суточный объем жидкости должен составлять не менее 2 л в сутки.

**Диета при кальций–фосфатном уролитиазе** предусматривает ограничение потребления больным в пищу продуктов богатых неорганическим фосфором: рыбные продукты, сыр, молоко и молочные продукты. Суточное потребление жидкости должно достигать 2–2,5 литров в сутки.

**При выявлении цистинового уролитиаза** рекомендуется увеличить суточный объем потребляемой жидкости до 4 л/сут с количеством выделяемой мочи более 3 л/сут.

Контроль эффективности проводимого профилактического лечения в первый год наблюдения проводят через каждые 3 месяца. В последующем контроль осуществляется 1 раз в 6 месяцев. В комплексный контроль входит выполнение общего и биохимического анализов крови и мочи, УЗИ мочевого системы, рентгенологического исследования и т.д. При хроническом пиелонефрите 1 раз в 3 месяца проводят бактериологический посев мочи. Контроль за проведением профилактического лечения проводят в течение 5 лет после выявления мочекаменной болезни. В случае необходимости возможна корректировка медикаментозного лечения.

Больные наблюдаются в поликлинике у уролога.

Труд больных мочекаменной болезнью не должен быть связан со значительными физическими нагрузками, действием на организм холода, сырости

## **Заключение**

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из распространенных урологических заболеваний, встречается не менее чем у 3% населения. В странах мира из 10 млн. человек 400 тыс. страдают мочекаменной болезнью. Доказана эндемичность регионов России не только по частоте, но и по виду образуемых мочевых камней (так, в Южных регионах доминируют камни из соединений мочевой кислоты, а в Московском регионе – оксалаты) Больные составляют 30–40% всего контингента урологических стационаров. Разнообразие причин и клинических форм МКБ делает профилактику заболевания сложной задачей, которая должна быть максимально индивидуализирована в зависимости от клинической формы заболевания, химического состава мочевых камней, выявленных изменений в

лабораторных показателях и т.д..

Профилактическое лечение основывается на диетических рекомендациях, коррекции биохимических изменений.

Профилактика и метафилактика (предупреждение рецидива) мочекаменной болезни основывается на лечении обменных нарушений, приводящих к камнеобразованию, своевременном лечении хронического пиелонефрита и восстановлении нарушенного оттока мочи.

Лечебные мероприятия при мочекаменной болезни должны заключаться не только в удалении камня (или его самостоятельного отхождения), но и в проведении необходимого профилактического лечения с целью предотвращения рецидивного камнеобразования. Рецидивы заболевания в зависимости от той или иной формы мочекаменной болезни возникают у 10–40% больных МКБ без профилактического лечения

## Литература

1. Аляев Ю. Г., Кузьмичева Г. М., Клиническое значение комплексного исследования мочевых камней. Материалы Пленума правления Российского общества урологов, Москва, 2003 - 38с.
2. Дзеранов Н. К., Лечение мочекаменной болезни – комплексная медицинская проблема.– Урология. 2004 -68с.
3. Основы сестринского дела: Учебное пособие / Вебер В.Р., Лапотников В.А., и др. – М.: Медицина, 2004 -236с.
4. Справочник врача общей практики. В 2-х томах. / Под ред. Воробьева Н.С. –М.: Изд-во Эксмо, 2005 - 160с.
5. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии. – Ростов н/Д : Феникс, 2007 – 298с.

# Варикоцеле

представляет собой варикозное расширение вен, которые образуют гроздевидное (лозовидное) сплетение яичка. Слово «варикоцеле» в переводе с греческого языка означает «опухоль из венозных узлов». Такая патология довольно распространенное явление среди всех возрастных групп, но более часто диагностируется у подростков с 14-15 лет в период полового созревания.

Варикоцеле определяют у 10-15% мужчин, если это мужчины с бесплодием, то варикоцеле проявляется у 40% и у 80% мужчин с вторичным бесплодием, т. е. у тех от кого женщины уже имели потомство.

## Причины варикоцеле

Варикоцеле возникает вследствие повышения давления в венах, обычно это связано с особенностями их анатомического расположения. Из-за особенностей хода левой яичковой вены варикоцеле чаще возникает слева. К факторам, способствующим развитию заболевания, относятся длительные чрезмерные физические нагрузки, заболевания способствующие повышению внутрибрюшного давления, тромбоз или постоянное сдавливание вен почек.

В основе мужского бесплодия лежат три фактора: неполноценность сперматозоидов, резкое уменьшение их числа, нарушение их продвижения и выброса наружу. Возникновение этих проблем может спровоцировать варикоцеле, в результате этой патологии в яичках повышается температура, нарушаются их функции, что приводит к повреждению сперматозоидов.

Варикоцеле, иными словами, является собой варикозное расширение вен семенного канатика и яичка, это заболевание развивается при сбоях в работе клапанов в венах, что способствует обратному току крови.

## Симптомы варикоцеле

На начальных стадиях варикоцеле может протекать бессимптомно. Только боли в мошонке и яичке, усиливаясь по мере прогрессирования болезни, могут констатировать её появление. Как правило, больные испытывают тянущую боль в одном или обоих яичках, мошонке, в паховой зоне, наблюдается увеличение или опущение мошонки, с левой стороны.

Болевые ощущения усиливаются при физической нагрузке, ходьбе и во время полового акта. Заболевание очень опасно своими последствиями для мужчин репродуктивного возраста. Болезнь варикоцеле яичка может иметь

хроническое течение. Зачастую отклонение от нормы у многих мужчин оказывается случайной находкой при осмотре по поводу какой-либо другой болезни.

### **1, 2, 3, 4 степени варикоцеле**

Существует четыре степени варикоцеле:

- 1 степень – варикозное расширение вены определяется только при помощи ультразвукового аппарата или метода доплерографии.
- 2 степень - расширение вены прощупывается в положении стоя.
- 3 степень - расширенные вены прощупываются и в любом положении стоя или лежа.
- 4 степень - расширение вены яичка и семенного канатика видны при визуальном осмотре.

Варикоцеле появляется у подростков юношеского возраста, в период полового созревания, по достижению какой-то степени больше не усугубляется. Крайне редко возможен переход из одной степени в другую. Варикоцеле справа или с обеих сторон – редкое явление.

Изменение половой вены обнаруживается урологом при визуальном осмотре. Если увеличение вен незначительное, то для большей убедительности проводится специальное обследование.

### **Лечение варикоцеле**

При обследовании варикозное расширение вен выявляется на ощупь при натуживании в вертикальном положении тела, при этом визуально видно есть ли изменения в размерах и при прощупывании становится понятно, изменена консистенция яичка или нет. При сомнениях в верности диагноза, проводится обычное ультразвуковое исследование определяющее размеры яичка и внутреннюю структуру.

Также назначают УЗИ с применением доплерографии, данный метод исследует сосуды яичка и характер кровотока в них, точно выявляет, есть ли заброс крови назад в вены семенного канатика. Применяется лабораторная диагностика – спермограмма, для уточнения степени нарушения функции яичка, только оперативный способ лечения варикоцеле дает положительный эффект.

Если заболевание проявляется болями в мошонке или бесплодием операция должна быть проведена обязательно в кратчайшие сроки после установления диагноза. Если же мужчину с варикоцеле ничего не беспокоит, и нет необходимости в продолжение потомства, то без операции можно обойтись. Применяются три основных способа лечения варикоцеле:

- традиционная операция или операция по Иванисевичу – осуществляется методом перевязки, пересечения или удаления варикозно расширенной вены, делают разрезы, длиной около 3-5 см. эндоскопическая операция – делают три небольших прокола в животе пациента, через один из них вводится эндоскоп, перевязывается вена пораженного яичка. Операция длится около 15-20 минут.
- склерозирование вен семенного канатика – через прокол бедренной вены в паху вводится катетер, проникает в нижнюю полую вену, затем в левую почечную вену и далее в устье пораженной вены. Наполняют её склерозирующим веществом, прекращая тем самым течение крови по сосуду.

К преимуществам данных видов операции относят отсутствие кровопотери, быстрое восстановление. Выздоровление наступает после месячного реабилитационного периода, рекомендуется исключить половые контакты, ограничить употребление соли, острых и горьких продуктов, физические нагрузки.

Среди возможных неприятных процессов после операции варикоцеле выделяют застой лимфы в тканях яичка, отек яичка и мошонки, болезненные ощущения в яичке, водянка яичка. Все это проходит через время. Большое значение имеет выбранный метод операции. Например, лапароскопический или микрохирургический метод исключают нарушение целостности семенной артерии и атрофию яичка, нарушение репродуктивной функции. Также современная хирургия гарантирует отсутствие возникновения рецидивов, повторное появление варикоцеле яичка.

Как возможное следствие варикоцеле может вызвать эндокринное бесплодие, заключающееся в нарушении сперматогенеза и морфологии сперматозоидов и иммунное бесплодие, когда собственная иммунная система определяет чужеродность ткани яичка и сперматозоидов и подвергает их атаке.

## **Профилактика варикоцеле**

Профилактике следует уделять должное внимание в любом возрасте. Патологическое расширение вен у детей может быть врожденным и приобретенным, в диагнозе в основном бывает 1 степень. Если в семье растет мальчик необходимо не забывать, что может существовать такая проблема, поскольку болезнь 2 степени есть у 10% обследованных пациентов, а 3 степень варикоцеле наблюдается у 5% у подростков. В детском возрасте патологию можно устранить медикаментозным лечением.

В возрасте 19-20 лет каждый мужчина должен пройти осмотр у врача - уролога. Обычно к этому времени половое созревание завершается и если варикоцеле не выявлено, то появление болезни уже не грозит. Здоровый образ жизни, полноценное питание и отдых, умеренные физические нагрузки, употребление витаминов – необходимые условия для профилактики варикозного расширения вен семенного канатика и яичка.

## **Лечение без операции**

Скопление крови в варикозных венах негативно сказывается на снабжении кислородом тканей яичка и придатка. Кровь, застаиваясь в одной зоне, может привести к осложнениям в другой не подверженной варикоцеле. Не очень привлекательно смотрится и внешняя отвислость пораженной стороны мошонки.

Еще не создали способов и средств лечение варикоцеле без хирургической операции. Устранить эту проблему не удастся без врача-уролога, а уж тем более бесполезно искать рецепты народной медицины, мази и примочки не дадут никакого результата.