СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Понятие об урологии. Основные виды урологической патологии, вызывающие нарушение мочеотделения.

Урология – раздел медицины, изучающий болезни мочевой и (а у мужчин) мочеполовой сферы.

Основные виды патологии:

а) повреждение органов мочеполовой сферы: травмы почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры, наружных половых органов;

б) хирургические заболевания мочеполовой сферы:

- невоспалительные заболевания – задержка мочи, мочекаменная болезнь, почечная колика, мочевая колика;
- о. воспалительные заболевания - цистит, пиелонефроз (гнойно-диструктивное поражение почек с образованием полостей в паренхиме, баланит (воспаление кожи головки полового члена), баланопостит (воспаление внутреннего листка крайней плоти), эпидидимит (воспаление придатков яичка);

- хронические заболевания: простатит (воспаление предстательной железы), варикоцеле (варикозное расширение вен семенного канатика), гидроцеле водянка оболочек яичек), крипторхизм (отсутствие одного или обоих яичек в мошонке), фимоз (стойкое сужение крайней плоти) и парафимоз (ущемление головки полового члена).

Основные симптомы урологических заболеваний

- боль (локализация, распространение боли в области поясницы с иррадиацией по ходу мочеточников, в область промежности);
- дизурические расстройства (растет число мочеиспусканий, увеличивается содержание в моче сахара, белка, снижается содержание антидиуретического гормона, олигурия, анурия, гематурия и т.д.);
- припухлость (разлитая) в области поясницы при гидронефрозе, пионефрозе, опухоли почек;
- резкая болезненность при попытке выпрямить согнутую в тазобедренном суставе конечность (воспаление околопочечной клетчатки – паранефрите);
-

-положительный симптом Пастернацкого (боль при поколачивании по поясничной области);
- притупление перкуторного звука над лобком (растянутый мочевой пузырь).

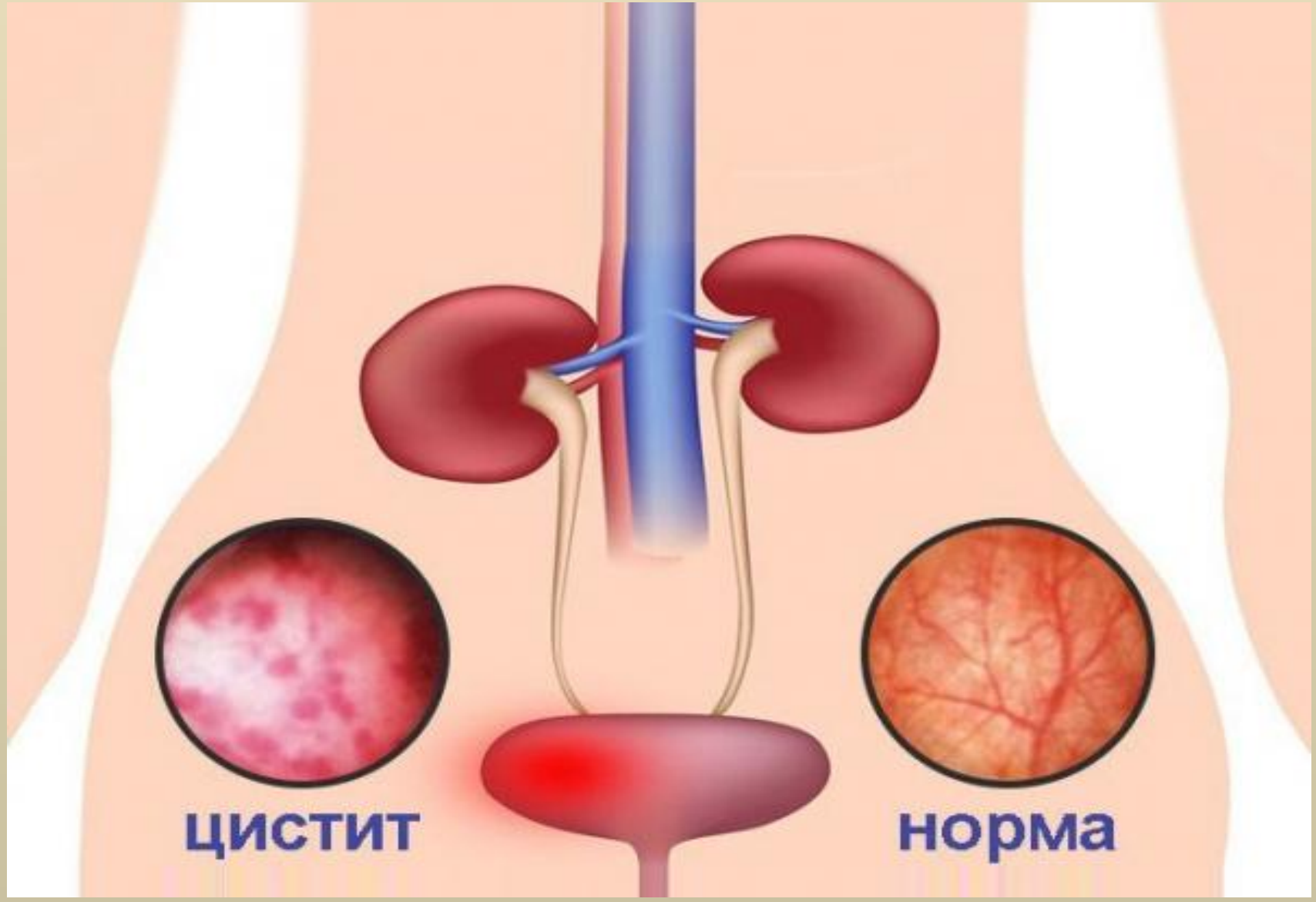
Инструментальные методы исследования в урологии

- ***цистоскопия*** – это осмотр мочевого пузыря с помощью специальной металлической трубки, снабженной оптической системой и источником света (осматривается слизистая мочевого пузыря и устья мочеточников).
- ***хромоцистоскопия*** – методика для изучения функции почек. Цистоскопия, одновременно в/в водится 4 мл 0,4% р-ра индигокармина (он должен выделяться через 3-5 минут после введения);
- ***ретроградная пиелография*** – манипуляционным цистоскопом производят катетеризацию одного или двух мочеточников и вводят через него контрастное вещество (уротраст, кардиотраст и др.) – получают рентгенограмму почечной лоханки и мочеточников;

- ***внутривенная урография*** – позволяет оценить выделительную функцию почек и наличие препятствий в выделительной системе. Внутривенно вводится 50 мл 40% р-ра сергозина, и делают снимки через 10, 20, и 30 минут;
- ***цистография*** – это рентгенография мочевого пузыря после его заполнения 150-200 мл 20% раствором сергозина, введенного через катетер. Позволяет выявить опухоль, инородное тело или разрывы стенки мочевого пузыря.

При подготовке пациента к рентгенологическим исследованиям необходимо:

- за 2-3 дня до исследования исключить из рациона питания газообразующие продукты;
- определить чувствительность пациента к рентгеноконтрастному веществу (при в/в урографии);
- вечером и утром за 2-3 часа до исследования - очистительные клизмы до чистых промывных вод;
- исследование натощак;
- опорожнить мочевой пузырь перед исследованием.


цистит
норма

Заболевание мочеполовой системы

Цистит – это воспаление стенки мочевого пузыря. Одно из самых распространенных заболеваний. Женщины больше подвержены опасности, заболеть циститом, чем мужчины.

Причины:

- восходящая инфекция (катетеризация мочевого пузыря);
- проникновение в мочевой пузырь микробов, вирусов, микоплазм, гематогенным, лимфогенным путем;
- нисходящая инфекция - инфекция попадает из лоханок при пиелите.

Клиника: различают острый цистит и хронический цистит.

а) ***острый цистит*** – возникает внезапно, через несколько часов после охлаждения. Ведущие симптомы: резкая боль внизу живота, частое болезненное мочеиспускание особенно в конце мочеиспускания.

Моча мутная, иногда с примесью крови, а в клиническом анализе мочи – пиурия, бактериурия, гематурия.

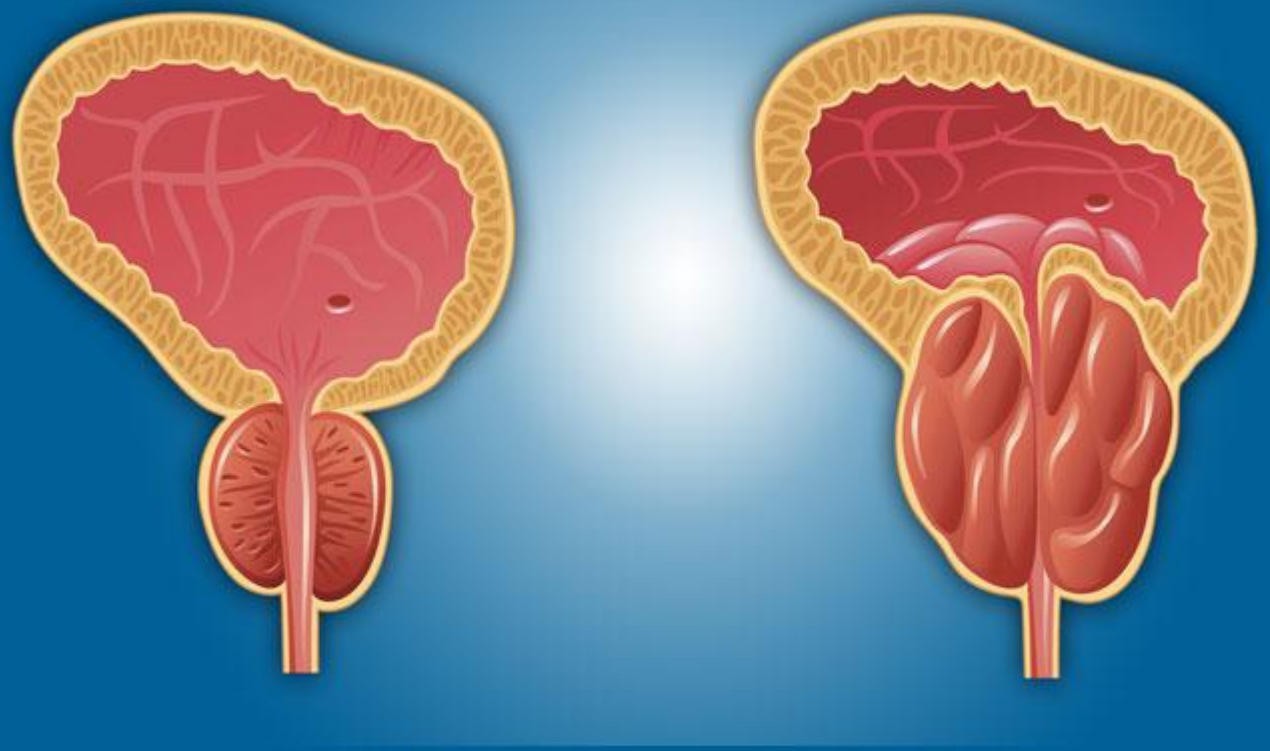
Лечение (консервативное)

- постельный режим;
- молочно-растительная диета с исключением консервов, острых приправ, копченостей, алкоголя, обильное витаминизированное питье;
- сульфаниламидные препараты, антибиотики, нитрофураны, применяется салол, ципробай;
- тепловые процедуры на низ живота: сидячая ванна, грелка, теплые микроклизмы;
- при стихании о. процесса – промывание мочевого пузыря.

б) ***хронический цистит*** - слизистая рыхлая, местами, кровоточащие грануляции с изъязвлениями.
Показана цистоскопия.
Лечение: лечение должно быть комплексным.
- назначают сульфаниламиды с антибиотиками широкого спектра действия (таревид, цефалоспорины и др.) с учетом чувствительности;
- нитрофураны и 5-НОК;
- физиопроцедуры и лечение минеральными водами;
- проведение предпузырных и пресакральных новокаиново-антибиотиковых блокад.

Профилактика:
- не допускать переохлаждения;
- ежедневные гигиенические процедуры наружных половых органов;
- своевременно опорожнять мочевой пузырь;
- своевременное лечение мочеполовой сферы.

Предстательная железа



Норма

Простатит

Простатит – это воспаление предстательной железы (простаты).

Причины: попадание микробов (стафилококка, кишечной палочки, протея и др.), вирусов, хламидий и др. в простату.

Пути попадания:

- каналикулярный (из мочеиспускательного канала при уретритах);
- гематогенный (осложнение общей инфекции).

Формы:

- отечная
- фолликулярная
- паренхиматозная

Выделяют острые и хронические простатиты.

Клиника:

а) отечная форма – учащенное болезненное мочеиспускание, железа не увеличена в размере, умеренная болезненность;

б) гнойная форма – задержка мочи, сильные боли в заднем проходе и промежности усиливающиеся при акте дефекации, моча выделяется с трудом, температура тела поднимается до 38ºС, железа плотная, усиливается боль;

в) при абсцессах - пульсирующие боли, боль очень сильные, температура тела повышается до 40ºС, озноб, может развиться сепсис.

Лечение:

- лечение лучше стационарное;
- постельный режим;
- введение больших доз антибиотиков, сульфаниламидов, уроантисептиков;

- обезболивание (спазмолитики, анальгетики, ректальные свечи с белладонной, промедол или омнопон);
- тепловые процедуры (грелка на промежность, горячие сидячие ванны),
- микроклизмы с вазелиновым маслом, ромашки, шалфея;
- следить, чтобы не было запоров;
- вскрытие гнойников.

Профилактика:

- своевременное и полное излечение воспалительных заболеваний уретры и мочевого пузыря;
- профилактика запоров;
- двигательная активность (пешие прогулки, занятия спортом);
- своевременная консультация у андролога и сексопатолога;
- избегать переохлаждения.

Аденома предстательной железы – это доброкачественная опухоль, разрастание железистой и соединительной тканей в пределах капсулы железы.

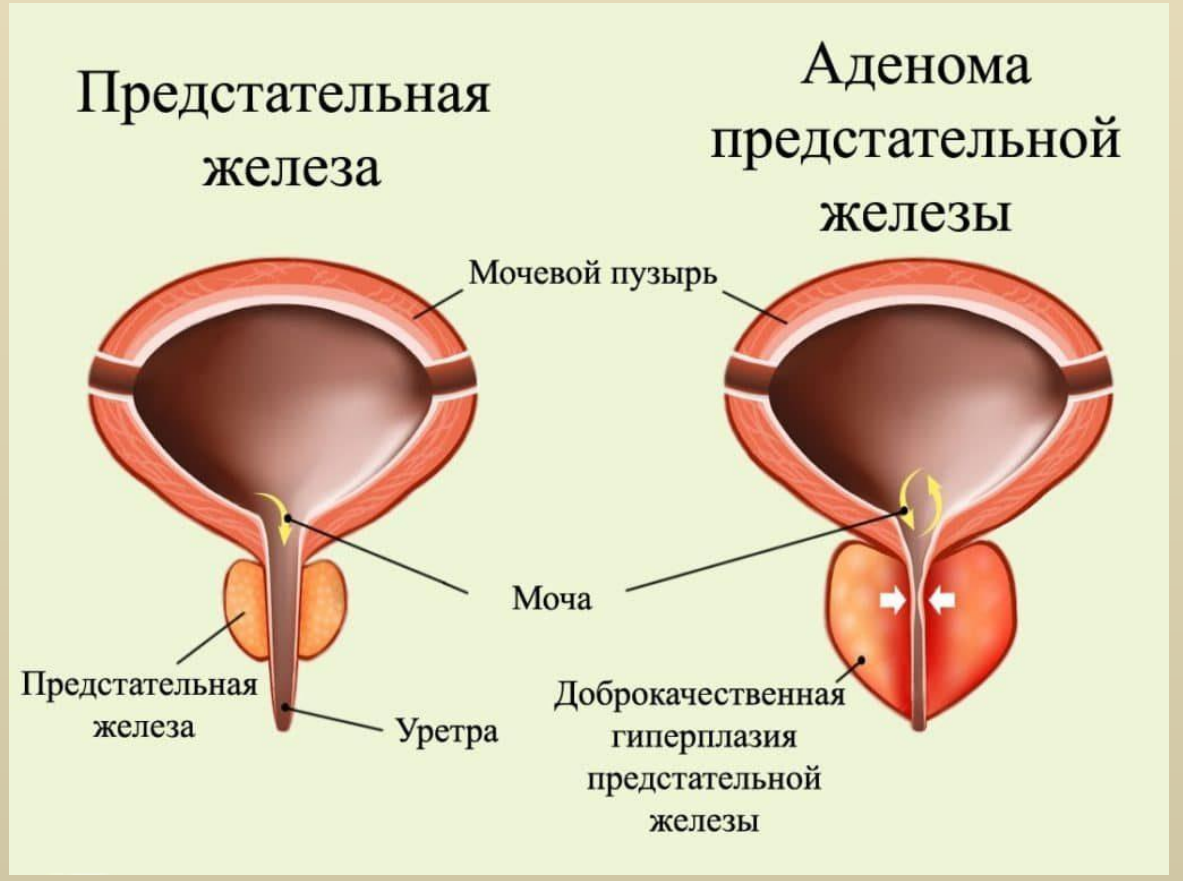
Это болезнь пожилого и старческого возраста. Причиной заболевания является нарушение баланса мужских и женских половых гормонов в сторону женских.

Патогенез: предстательная железа увеличивается в размерах, сдавливает мочеиспускательный канал, это вызывает затруднение мочеиспускания, происходит застой мочи в мочевом пузыре, мочевой пузырь перерастягивается и это приводит к его атрофии (остаточная моча).

Нарушается функция почек, (моча низкой плотности) увеличивается количество мочевины в крови, присоединяется инфекция, у пациента появляется жажда, сухость во рту, тошнота, рвота.

Клиника:

- вначале учащенное мочеиспускание - поллакиурия (моча выводится в 2-3 приема);
- позывы на мочеиспускание ночью (никтурия);
- рези при мочеиспускании, струя мочи становится тонкой;
- может быть острая задержка мочеиспускания;
- нарастает остаточное количество мочи (от 100 до 1000мл – переполняется мочевой пузырь).



Диагностика: ректальная пальпация, цистоскопия, пункционная биопсия железы через стенку прямой кишки, УЗИ.

Лечение:

- катетеризация при о. задержке мочеиспускания;
- постоянный катетер (на несколько дней);
- тепловые процедуры (грелка, ванночки);
- физиотерапия (микроволны, лазеров);
- баллонная дилатация, бужирование;
- гормональная терапия андрогенами;
- леворин, пермиксон (улучшение тонуса мочевого пузыря);
- при неэффективности - простатэктомия, с последующим дренирование мочевого пузыря (промывание через катетер).

Баланопостит – довольно распространённое воспалительное заболевание кожного покрова полового члена. Согласно статистическим данным, каждый год на Земле этим недугом болеют 11% мужчин. Баланопостит у мужчин, согласно МКБ-10 (международной классификацией недугов) является двойной болезнью, так как предусматривает воспалительный процесс как в головке, так и на внутреннем листке крайней плоти.

Острый баланопостит развивается из-за следующих факторов:

- механические повреждения пениса;
- промывка крайней плоти лекарственными препаратами;
- повышение концентрации солей в мочевине;
- бесконтрольный приём различных лекарств, которые приводят к раздражению кожи головки пениса;
- инфекция, находящаяся в половых путях, попавшая туда из других органов или от инфицированного партнёра.

Основные симптомы баланопостита таковы:

- ощущение жжения и зуда в области пениса. Является самой распространённой причиной обращения к врачу;
- покраснение и наличие отёков на крайней плоти;
- появление посторонних выделений, имеющих неприятный запах и гнойный характер;
- наличие отслоений верхней ткани (эрозии);
- рост лимфатических узлов; общая слабость;
- головные боли; высокая температура тела;
- фимоз (прекращение открывания головки полового члена, которое происходит ввиду наличия отёка).

Если своевременное лечение баланопостита отсутствует, то вскоре начнётся процесс отмирания тканей в области пениса.

К характерным признакам заболевания относят:

- появление отёков;
- гиперемия (прилив крови) к головке полового члена;
- появление пятен с очерченными границами разной формы, размера и алого цвета;
- жжение и зуд, которые усиливаются при мочеиспускании и половом акте;
- повышение либидо, которое вызывает воспаление рецепторов на головке пениса;
- творожистые или гнойные выделения с неприятным запахом;
- трещины на крайней плоти; фиброз пениса.

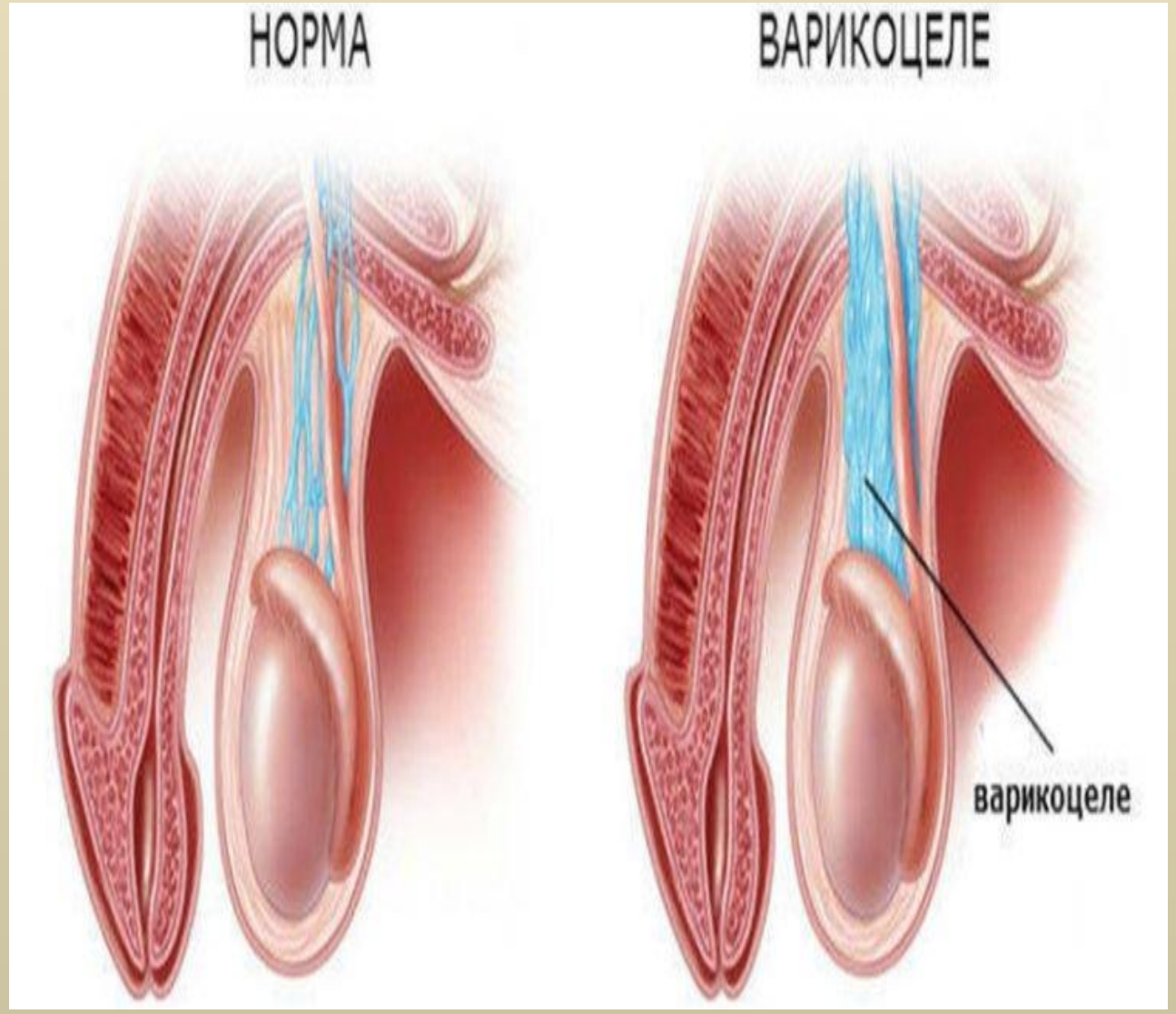
Ставит диагноз пациенту уролог. При выявлении болезни он назначает пациенту сдачу нескольких анализов, таких как:

- взятие материала для проведения бактериального посева. Он берётся с поражённых участков крайней плоти;
- проведение теста с гидроксидом калия, если врач имеет подозрение, что у пациента развивается грибковый тип недуга;
- ПЦР (полимеразная цепная реакция).

План лечения болезни разрабатывается специалистом только после предварительной диагностики. Именно результаты тестов и анализов способны дать наиболее полную информацию о состоянии здоровья пациента. Лечение баланопостита предполагает:

- **консервативные методы.** Для лечения грибковой формы недуга применяют антигрибковые препараты. Чтобы побороть патологию, мужчине назначают Микосист, Флуконазол или другие подобные препараты, которые прописываются ему врачом. Также применяются мази, которые являются удобным и недорогим средством избавления от симптомов. Чаще всего специалисты назначают ксероформную или преднизолоновую мази.
- **хирургическое вмешательство.** Проводится в том случае, если развилась тяжёлая стадия недуга, которая часто сопровождается фимозом.
- **нетрадиционные методы.** К ним относят применение народных средств, таких как компрессы, а также ванны с добавлением настоек из трав.

Варикоцеле характеризуется нарушением питания яичка, в результате чего происходит постепенный процесс атрофии. Увеличенные венозные сосуды, расположенные вокруг семенников, препятствуют нормальной теплорегуляции этой части мужского тела.



Причины:

- есть предположение в наследственной природе заболевания, при которой в организме возникает дефицит соединительных тканей. При их нехватке венозный клапан развивается плохо, в результате чего нарушается обратный кровоток по вене.
- увеличенное давление в области брюшной полости. Чаще всего это связывают с нарушениями деятельности кишечника (запорами) и чрезмерными физическими нагрузками. Кровообращение может нарушаться и при развитии злокачественных образований в мочеполовой системе.

Болезнь развивается на протяжении четырех стадий:
1.На первой стадии варикоз внешне не заметен и выявить его можно лишь при допплерографии или УЗИ.
2.Вторая стадия характеризуется увеличенным размером вен, что можно определить на ощупь, находясь в положении стоя.
3.На третьей стадии вены уже расширены до такой степени, что их легко нащупать в любом положении.
4.На четвертой стадии увеличенные вены заметны невооруженным глазом.

В начале своего развития варикоцеле протекает почти без симптомов. Выявить варикоцеле можно по болевым ощущениям в яичке и мошонке, которые будут усиливаться по мере того, как заболевание будет прогрессировать. Боли бывают тянущего характера, причем возникать они могут не только в мошонке и яичках, но и во всей области паха. Иногда можно заметить увеличение мошонки в размерах, а также ее опущение со стороны пораженного яичка. Боли обычно становятся сильнее во время ходьбы, при поднятии тяжестей и в процессе полового акта. Если болезнь на ранних стадиях развития, болевые ощущения пропадают после того, как человек полежал и отдохнул. На 3 или 4 стадии боли носят почти непрекращающийся характер и не зависят от физической активности пациента.

Диагностика

Пальпация проводится в нескольких положениях пациента – стоя, лежа, а также при натуживании. Если в положении стоя или натуживании вены не определяются, то варикоз, скорее всего, находится на 1 стадии развития. Если вены заметны невооруженным глазом, речь может идти о более тяжелых стадиях болезни. Чтобы исключить наличие опухолей, обязательно проводится ультразвуковое исследование забрюшинного пространства и почек. При подозрении на тромбоз сосудов назначают КТ или МРТ.

Лечение:

Полностью вылечить варикоцеле можно лишь при хирургическом вмешательстве.

Все что касаемо сужения крайней плоти называют **фимозом.**
Лечение фимоза проводится несколькими путями.
Это могут быть:

- Операция по обрезанию (существует не одна техника проведения циркумцизии);
- Лазерное лечение фимоза;
- Растягивание крайней плоти (народные средства, специальные приборы, ручная техника, мази).

Парафимоз – остро развившееся состояние, при котором суженная крайняя плоть ущемляет головку полового члена и не может самопроизвольно вернуться в нормальное положение.
Парафимоз характеризуется сильной болью в области ущемления, увеличением объема и синюшностью головки полового члена, отеком крайней плоти, имеющей вид плотного раздувшегося валика, затруднением мочеиспускания.
Диагноз парафимоза основан на результатах внешнего осмотра полового члена и анамнестических данных.
Лечение парафимоза может включать консервативное бимануальное вправление ущемленной головки полового члена и хирургические методы - пункцию отечных тканей, продольное рассечение крайней плоти (инцизию), круговое иссечение крайней плоти (циркумцизио).

Острая задержка мочеиспускания – это патологическое состояние, обусловленное невозможностью опорожнения мочевого пузыря.

Проявляется болью внизу живота и в промежности, иррадиирующей в область половых органов, сильным беспокойством пациента.

Диагностика производится на основании данных анамнеза, клинической картины и жалоб больного, результатов осмотра (пальпация), УЗИ и эндоскопических исследований.

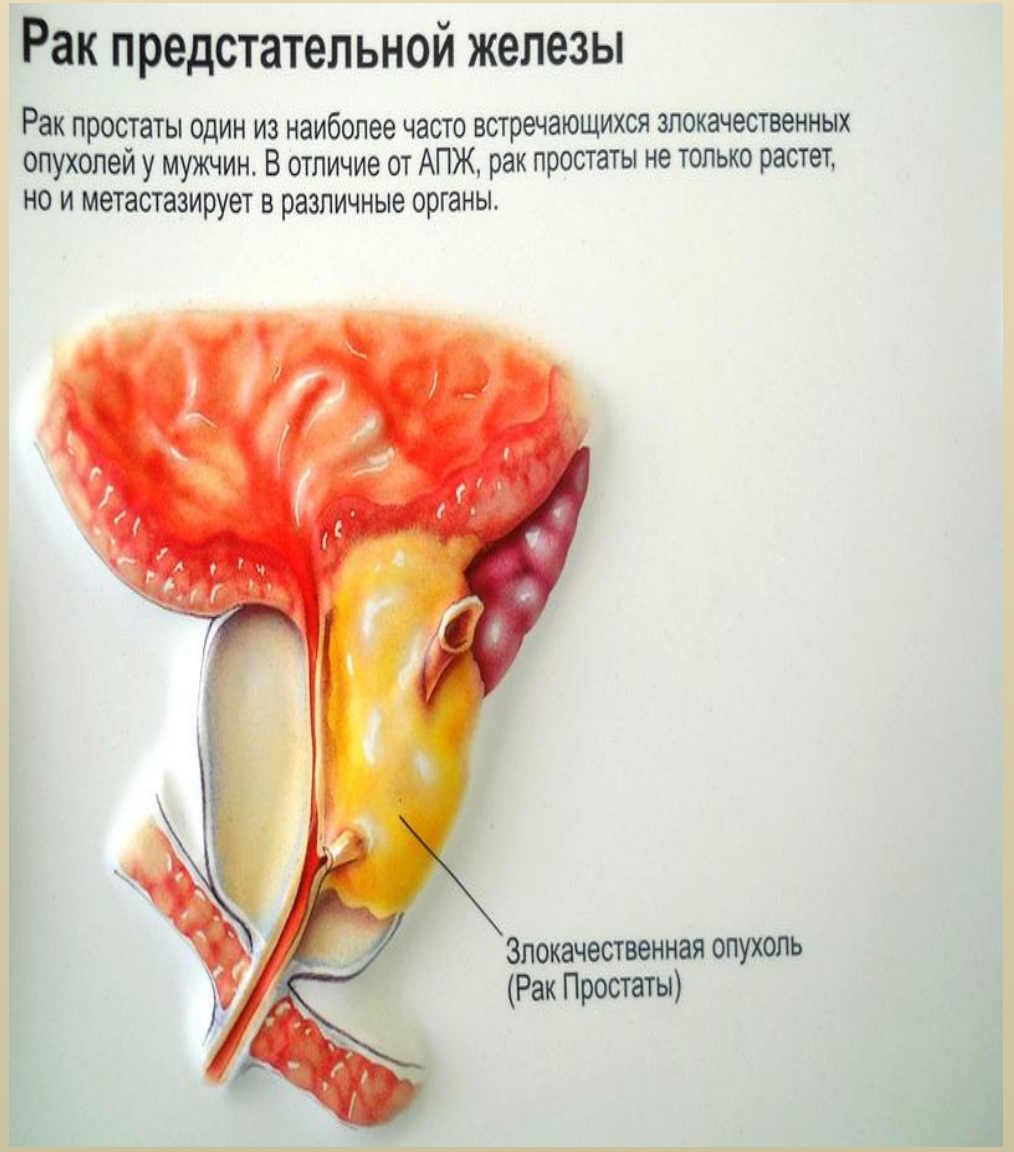
Лечение включает катетеризацию мочевого пузыря, устранение причин, вызвавших задержку мочи. Последнее может производиться как консервативными, так и хирургическими методиками.

Крипторхизм – это врожденная аномалия, при которой на момент рождения у мальчика отсутствует одно или оба яичка в мошонке, что обусловлено задержкой их опускания по паховому каналу из забрюшинного пространства.
Патология проявляется асимметрией мошонки, отсутствием в ней яичка при пальпации, ноющими болями в паху или животе.
Диагностика включает проведение УЗИ органов мошонки, МРТ, сцинтиграфии яичек, ангиографии брюшной аорты и венографии яичковой вены.
Основной способ лечения крипторхизма оперативный, выполняется низведение яичка и его фиксация к мошонке.

Рак предстательной железы – это гормонально зависимая злокачественная опухоль, возникает у лиц старше 50 лет.

Причины заболевания многообразны. Роль андрогенов в развитии рака ПЖ подтверждается исследованиями, которые доказали, что у евнухов эта опухоль не развивается.

Рак предстательной железы в России составляет 4% от всех новообразований. Рак длительно протекает бессимптомно, метастазирует в кости.



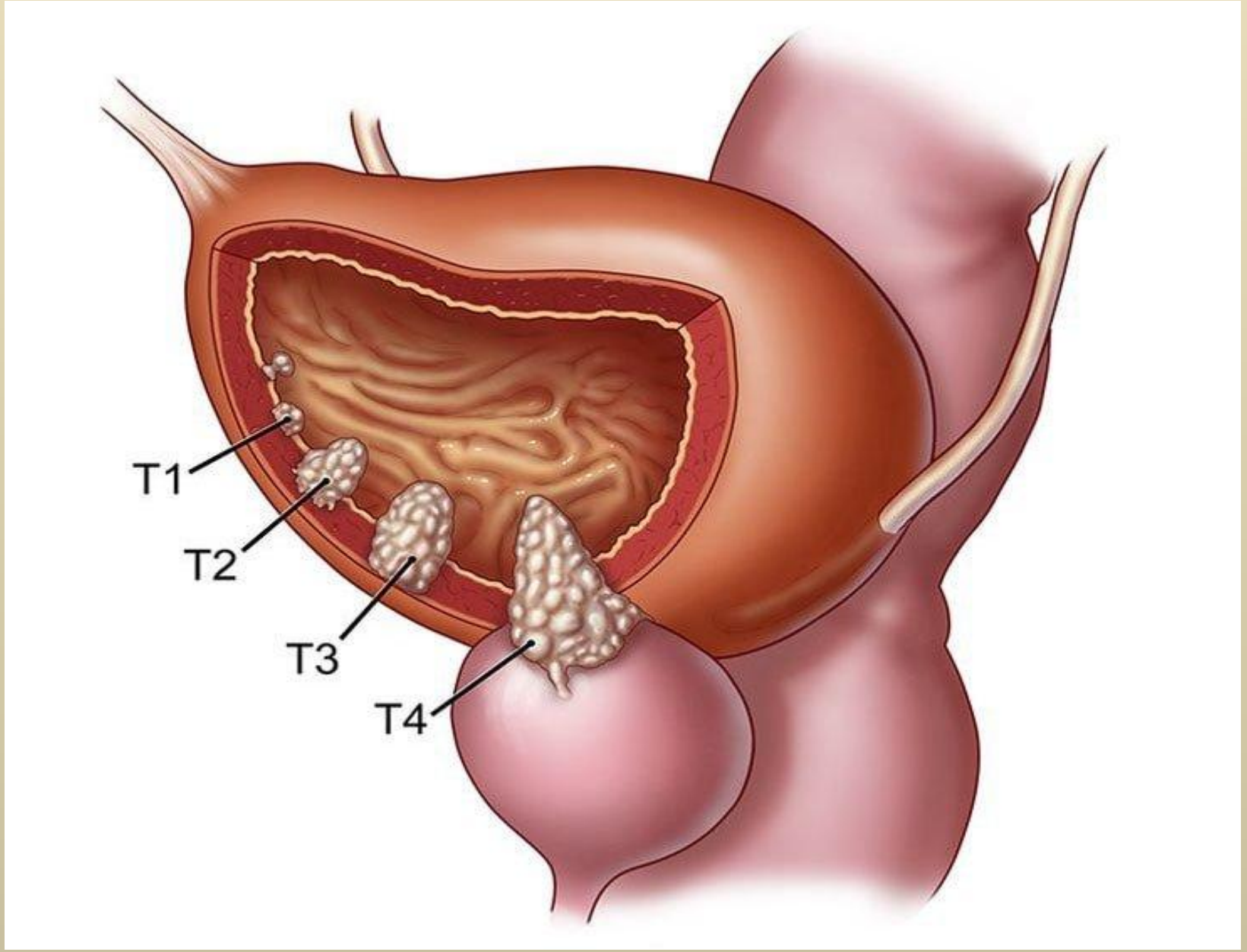
Клиника:

I. степень – не диагностируется (выявляется только случайно).
II. степень – изолированный узел, плотный, симптомов нет.
III. степень – инфильтративный рост, появляются дизурические расстройства, увеличивается количество остаточной мочи.
IV. степень – инфильтрация окружающих тканей, ближние и отдаленные метастазы, боли в костях, почке, отеки нижних конечностей, слабость, озноб, повышение температуры тела.

Диагностика: ректальная пальпация, биопсия, дифференциальная диагностика с аденомой, туберкулезом.

Лечение: - радикальная простатэктомия (1-2 ст.)- излечение;
- гормонотерапия (синестрол).

Рак мочевого пузыря



Рак мочевого пузыря встречается преимущественно у мужчин в возрасте 50-70 лет (4%) всех новообразований.

Причины: ведущую роль играет химический фактор, особенно часто встречается рак мочевого пузыря у рабочих предприятий анилиновой промышленности, выпускающих косметику, резиновые изделия, а также у курящих.

Рак может быть папиллярный и инфильтрирующий.

Папиллома – это доброкачественная опухоль, но она может озлокачествляться.

а). Папиллярный рак похож на папиллому, но имеет более короткие и толстые ворсинки, широкую ножку, прорастающую в стенку мочевого пузыря.

б). Инфильтрирующий рак представляет собой язвенную поверхность, покрытую сгустками крови, некротическими массами, с инфильтрированными окружающими стенками, прорастают в стенку мочевого пузыря, тем самым уменьшают объем мочевого пузыря

Следует отметить, что злокачественные опухоли чаще располагаются на дне мочевого пузыря, редко дают метастазы.

Симптомы:

- гематурия (это ведущий симптом), возникает внезапно среди полного здоровья, прекращается, потом снова появляется;
- боли при мочеиспускании;
- присоединяются явления цистита (частые мочеиспускания, моча мутная, имеет зловонный запах);

- дизурические расстройства (если опухоль располагается около мочеиспускательного канала);
- в анализе мочи гематурия, пиурия;
- появляются постоянные боли в области таза;
- в крови анемия;
- кахексия появляется сравнительно поздно.

Диагностика: - цистоскопия с гистологическим исследованием, цистография.

Лечение:

- комбинированное (резекция пораженного участка и химиотерапия через катетер или резекция - с лучевой терапией);
- электрокоагуляция опухоли через цистоскоп (кровоточащей папилломы);

Мочекаменная болезнь составляет 1-2% урологической патологии. Чаще страдают мужчины в возрасте 25-50 лет.

Патогенез: в основе возникновения МКБ лежат мочекаменные диатезы, когда в моче обнаруживаются кристаллы солей мочевой (ураты), щавелевой (оксалаты), фосфорной (фосфаты) кислот. Затем из этих солей формируются камни. В зависимости от их локализации название болезни различные: почечно-каменная (нефролитиаз), мочекаменная (уролитиаз).

Предрасполагающие факторы:

- жаркий климат, нарушение обмена веществ;
- однообразная диета (зелень, кофе, лиственные овощи), повышенное содержания в воде кальция;
- инфицирование мочи;
- инородные тела в мочевых путях;

- сужение различных отделов мочевыводящей системы.

Клиника: МКБ имеет в 2 стадии: латентную и острую.

а) ***латентная стадия*** – боль, дизурия, гематурия, пиурия, отхождение мочевых конкрементов. На фоне уролитиаза может возникать острый пиелонефрит, тогда будет повышаться температура тела, появляться недомогание, слабость, озноб, ноющая боль в пояснице. Боль усиливается при физической нагрузке, во время бега, езды верхом, езды на автомобиле по неровной дороге.

б) ***острая стадия – почечная или мочеточниковая колика*** – возникает внезапно, без видимых причин.

Симптомы: нестерпимая боль в поясничной области (справа или слева) с иррадиацией по ходу мочеточника, в подвздошную и паховую области, внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы.

Пациенты беспокойны, мечутся, не находят удобной позы – симптом «тигра в клетке».

Причина боли: внезапная непроходимость одного из мочеточников вследствие ущемления в его просвете камня, реже закупорка уретры сгустком крови, гноя.

Заболевание протекает приступообразно (приступ длится от нескольких минут до нескольких суток).

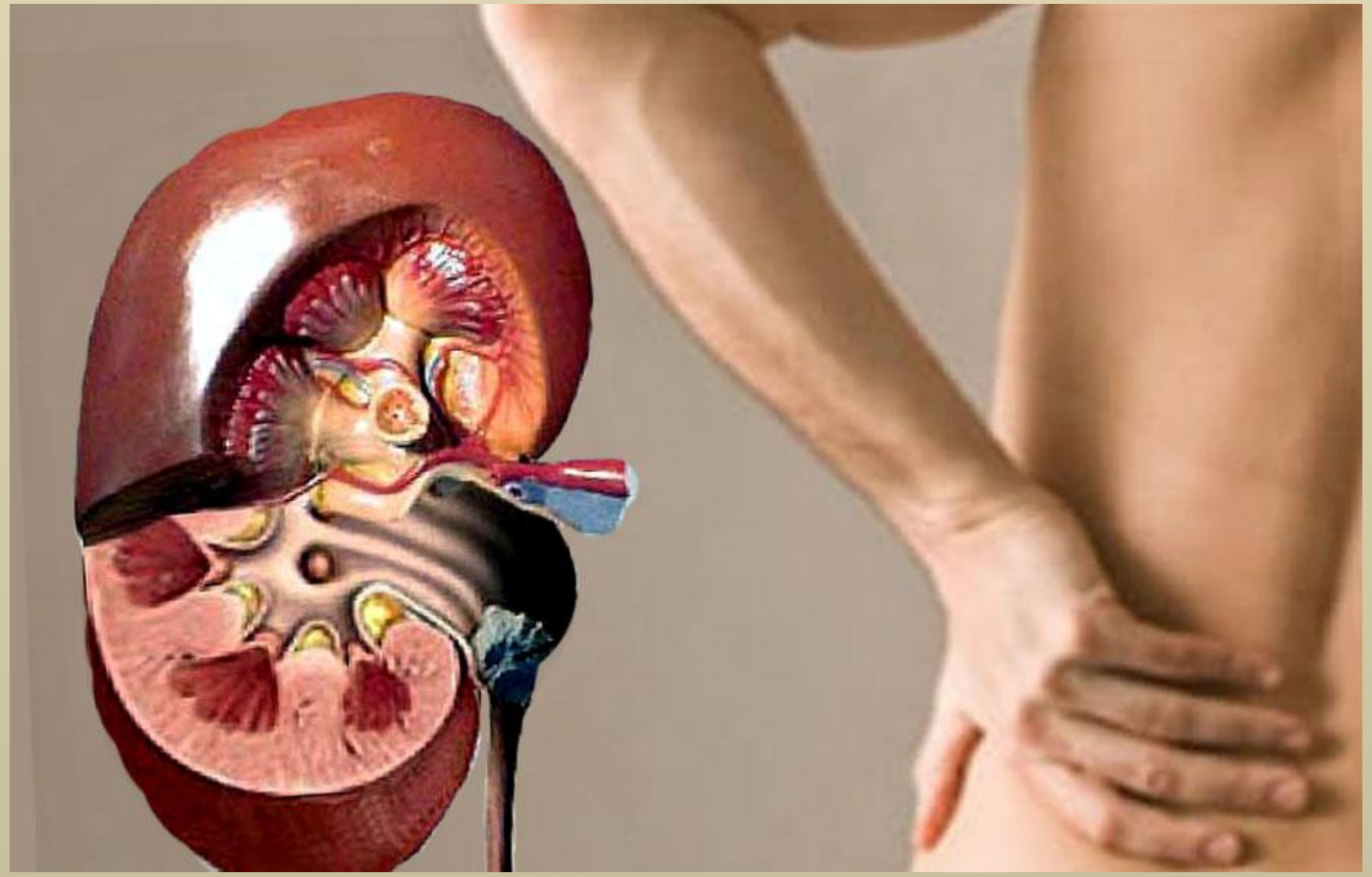
Клиника: боли, тошнота, рвота, задержка мочи, метеоризм, повышение температуры тела, озноб (если присоединяется инфекция). В общем анализе мочи – гематурия, пиурия, бактериурия, в крови – лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Диагностика:
- жалобы;
- обзорная рентгенография брюшной полости (конкременты в мочевыводящих путях);
- экскреторная хромоцистоскопия (резко снижено или отсутствует выделение индигокармина);
- новокаиновая блокада семенного канатика, или круглой связки матки (приступ купируется);
- в/в урография, ретроградная пиелография;
- УЗИ;
- проба по Зимницкому, Аддис- Каковскому.

Первая помощь:
- поместить тепло (грелку, согревающий компресс) на поясничную область или применить горячую ванну, душ;
- дать анальгетики, спазмолитики через рот;
- обильное питье (чай, минеральная вода) с учетом состояние ССС;
- ввести мочегонные препараты (лазикс, медвежьи ушки);
- транспортировка пациента в ЛПУ.

Лечение:
- введение спазмолитиков, анальгетиков (но-шпа, спазмолгон, баралгин, триган и др.);
- при отсутствии эффекта вводят промедол с атропином;
- новокаиновые блокады семенного канатика у мужчин и круглой связки матки у женщин;
- назначают цистон (для уменьшения частоты приступа);
- Обильное питье, диуретики;
- антибиотики, нитрофураны.
После стабилизации состояния - камнедробление (литотрипсин) или введение эндоурологического инструмента.
При больших инфицированных камнях лоханок, мочеточниках производят пиэлотомию или нефротомию;
- назначение диеты:

а) при мочекислом уролитиазе и оксалатных камнях – щелочно-молочно-растительная пища (исключается мясо, печень, кофе, бобовые)
б) при фосфатных камнях рекомендуется мясная пища.



Травмы почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры

а) травмы почек – лидируют среди повреждений мочевыделительной системы.

Выделяют: - открытые травмы (ранения);

- закрытые (тупые): ушиб, гематома, разрыв почек (почечной лоханки, сосудистой ножки, паренхимы).

Причины: падение с высоты, автокатастрофы, во время спортивных игр, соревнований (закрытые травмы); открытые – наносятся огнестрельным оружием, ножом.

Симптомы:

- быстро нарастающая боль в боковом отделе живота или поясничной области, типичная иррадиация в паховую область, наружные половые органы, внутреннюю поверхность бедра;
- напряжение мышц в этих отделах при пальпации;

- напряжение мышц в этих отделах при пальпации;
- гематурия;
- при открытых травмах – запах мочи из раны;
- травматический, геморрагический шок;
- признаки урогематомы (повышение температуры тела, лейкоцитоз, увеличение количества мочевины в моче);
- перитонит (при внутрибрюшинных повреждениях почек).

Первая помощь:

- наложение асептической повязки при наличии раны;
- обеспечить покой в положении на здоровом боку или животе с приподнятым головным концом;
- холод на область поврежденной почки;
- транспортировка в ЛПУ.

Лечение:

- при ушибах, гематомах – лечение консервативное - холод на поясничную область, постельный режим, введение гемостатических препаратов;
- при разрывах почечной паренхимы – хирургическое лечение (ушивание - при небольшом повреждении) или удаление почки с последующим дренированием.

М/с должна измерять АД, пульс, наблюдать за внешним видом пострадавшего (для выявления признаков нарастания забрюшинной гематомы).

б) травмы мочеточников – встречаются редко, чаще с одной стороны.

Причины: проникающие ранения живота, реже ушибы брюшной стенки и поясничной области, при гинекологических, урологических операциях, при инструментальных исследованиях.
Клиника: дискомфорт, боль на стороне повреждения, подъем температуры неясной этиологии, гематурия.
Первая помощь: (см. травмы почек).
в) травмы мочевого пузыря – может быть внебрюшинный разрыв (участка мочевого пузыря непокрытого брюшиной), внутрибрюшинный разрыв (покрытый брюшиной).
Причины: падение с высоты, перфорация стенки пузыря фрагментами сломанных костей таза или металлическим катетером, оптическим инструментом при исследованиях, автокатастрофы, сдавления тяжелыми предметами.

Большое значение в момент травмы - степень наполнения мочевого пузыря (при наполненном мочевом пузыре он становится более уязвим при прямом ударе).

Внутрибрюшинный разрыв (при этом часто повреждается прямая кишка) – в брюшную полость поступает моча, кровь, каловые массы, развивается клиника «острого живота». Осложнение – развитие перитонита.

Внебрюшинный разрыв - сильные рези внизу живота, частые ложные позывы на мочеиспускание, выделяется несколько капель крови, может быть анурия.

Если мочеиспускание сохраняется, то в моче гематурия. В околопузырной клетчатке появляются мочевые затеки, отек промежности, мошонки и половых губ, внутренней поверхности бедер, ягодицы, травматический шок.

Первая помощь:

- наложить асептическую повязку при наличии раны;
- обеспечить покой в положении «лягушки» (валик под колени) лежа на спине с приподнятым головным концом;
- холод на низ живота;
- обезболивание (при закрытых травмах обезболивающие препараты не вводить);
- введение гемостатиков (по назначению врача);
- согреть пострадавшего;
- транспортировка в ЛПУ.

Лечение хирургическое:

- при внебрюшинных разрывах ушивание дефекта стенки мочевого пузыря, дренирование околопузырной клетчатки и наложение эпицистостомы (мочевой свищ);
- при внутрибрюшинных разрывах проводится лапаротомия;
- ревизия органов брюшной полости, рана ушивается наглухо;
- в мочевой пузырь вводится постоянный мягкий катетер, фиксируется в бедру лейкопластырем, другой конец опускается в стерильную, прозрачную, прочную, плотно закрывающуюся мерную емкость;
- 3 раза в день проводится промывание мочевого пузыря антисептиками.

г) травмы уретры - повреждения мочеиспускательного канала, встречается чаще у мужчин.

Причины: переломы костей таза, при падении с высоты.
Симптомы: боль в промежности, отсутствие самостоятельного мочеиспускания, выделение капель крови из мочеиспускательного канала, мочевые затеки и гематома, припухлость надлобковой области из-за переполнения мочевого пузыря и гематомы.
Первая помощь:
- наложение Т-образной повязки на промежность;
- обеспечить покой в позе «лягушки»;
- холод на промежность;
- согреть пострадавшего;
- наложение надлобкового свища (если транспортировка задерживается на 3-4 часа);
- транспортировка в ЛПУ.

Лечение хирургическое

- наложение эпицистостомы, дренирование гематомы и мочевых затеков;

– отсроченная пластика уретры через 2-3 месяца после травмы.

Особенности подготовки урологических больных к операции и роль м/с в уходе за послеоперационным больным

а) предоперационный период - особое внимание уделяется улучшению функции почек. Для этого назначают диету с ограничением белков и соли, вводят средства повышающие диурез (40% раствор глюкозы). Общий анализ мочи, уровень креатинина в крови, оценка диуреза;

б) послеоперационный период:

- подготовка постели (она должна быть защищена от возможных выделений);
- удлинить все дренажи и прочно зафиксировать, поместить в емкости для сбора мочи. Емкости должны плотно закрываться и иметь отверстие. В емкость наливают 50-100 мл антисептических средств (перманганат калия, фурацилин), дренажи должны обрабатываться (профилактика восходящей инфекции);

- вокруг дренажа может просачиваться моча, поэтому с помощью вакуумного дренирования или шприца отсасывать мочу, менять повязки по мере их промокания, не использовать при перевязках вату;
- при операциях на мошонке накладывается Т-образная повязка или суспензорий;
- м/с должна следить за функционированием дренажей (количество, цвет выделений), делать записи в сестринской истории болезни. Обо всех изменениях сообщать врачу;
- у сидячих пациентов используются мочеприемники (лучше одноразовые) или на шею подвешивается бутылочка для сбора мочи;
- очень важна ранняя активизация пациентов;
- уход за эпистостомой (надлобковым свищем).

Спасибо за внимание!