

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Заболевания мочеполовой системы изучает урология. **Урология** — раздел медицины, изучающий болезни мочевой системы (у мужчин мочеполовой).

В состав МПС человека входит: почки, мочеточники, мочевой пузырь, мочеиспускательный канал.

Почки — парный орган бобовидной формы, расположены в поясничной области за брюшиной по обе стороны.

Функция почек многообразна.

Регуляция водного и электролитного обмена. КЩР и образование «первичной» и «окончательной» мочи. Из почек окончательная моча поступает в лоханки, а затем по мочеточникам в мочевой пузырь. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением в малом тазу и является полым органом емкостью до 400 мл. Мочевыделительная система заканчивается уретрой (мочеиспускательный канал).

В отличие от женщин у мужчин половые органы тесно связаны с мочевой системой, поэтому заболевания мужской половой системы изучает «Урология».

Мужские половые органы: яички с придатками, находящиеся в мошонке, семявыносящие протоки с семенными пузырьками, предстательная железа, куперовы железы, половой член.

ПОЧЕЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Встречается часто, в горных зонах чаще. Одинаково часто болеют мужчины и женщины в 20–50 лет.

Этиология:

Причины общие и местные. Экзогенные и эндогенные.

Общие: нарушение обмена веществ.

Экзогенные причины — жаркий климат, неправильное одностороннее питание, питьевая вода, богатая известковыми солями.

Эндогенные:

1. Нарушения (костные травмы, заболевания ЖКТ, заболевания печени), при которых повышается выделение с мочой Са и фосфатов.
2. Инфекция в мочеполовой системе (бактерии, лейкоциты, белок, эпителий — осадок, на который оседают соли).
3. Застой мочи (перегибы, сужение мочеточника).
4. Травма.
5. Диатез.

По составу и размеру камни бывают разные: оксалаты, фосфаты, ураты, карбонаты. Величина их различна. Цвет и величина зависят от химического состава. Мочекаменная болезнь может протекать бессимптомно, иногда обнаруживается только на вскрытии. Чаще всего мочекаменная болезнь проявляется почечной коликой.

Клиника почечной колики

1. Сильная коликообразная боль, больной не находит себе места, «лезет на стену», иногда боль доводит до шока.
2. Иррадиация боли вниз, в пах — у мужчин — в мошонку, яичко, половой член; у женщин — в большие половые губы; может быть в бедро и у мужчин, и у женщин.
3. Дизурические расстройства: частое болезненное мочеиспускание. Мочи нет, а больной часто бежит мочиться.
4. В моче — кровь (эритроциты). Макро- или микрогематурия.

5. Положительный симптом Пастернацкого (при поколачивании в поясничной области — боль).

6. При присоединении инфекции — пиурия. Диагностика: обзорная рентгенография почек или пиелография, хромоцистоскопия, УЗИ.

Неотложная помощь:

1. Анальгетики, седативные, спазмолитики — атропин, платифиллин, папаверин, но-шпа, баралгин. Их сочетают с спазганом, анальгином, димедролом, максиганом.

2. Тепло на поясничную область, грелка, теплая ванна.

3. Если боль не снимается, делают блокады: паранефральная, сейчас разрешается даже медсестре делать блокады семенного канатика у мужчин и круглой маточной связки — у женщин.

4. Если это не помогло — наркотические анальгетики: промедол, морфий, омнопон (назначает врач).

5. Если это не помогло — (в стационаре) специальным мочеточниковым катетером производят катетеризацию лоханок.

6. Если это не помогло — привязывают к камню металлическую петлю и рекомендуют больному ходить вверх и вниз по лестнице, попрыгать.

7. Если не помогло, делают операцию.

Лечение мочекаменной болезни:

Для профилактики образования камней:

1. Диета в зависимости от состава камней:

- при щавелевокислых камнях нельзя: ягоды, щавель, помидоры, шпинат, цикорий, какао;

- при мочекислых камнях нельзя: мясные продукты, сыры;

- при фосфатных камнях нельзя: молоко, овощи, яблоки, груши.

2. Курортное лечение — Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Трускавец, Саирме, Арзни.

3. Растворение камней — уратов.

4. Мочегонные — медвежьи ушки, кукурузные рыльца, отвар шиповника.

5. Дробление камней.

6. Оперативное лечение.

ФИМОЗ

Фимоз — сужение крайней плоти полового члена. Чаще бывает врожденным у детей. У взрослых причиной фимоза могут быть травмы или инфекция, чаще гонорея.

Клиника: ребенок тужится при мочеиспускании, головка полового члена набухает, на конце крайней плоти иногда имеется точечное отверстие, и главный признак — головка полового члена не открывается. Если присоединяется инфекция, появляются боль и гиперемия — это называется баланопоститом.

Лечение: оперативное — круговое иссечение крайней плоти (циркумцизия — обрезание). При баланопостите назначают местно ванночки с антисептиками.

Парафимоз — ущемление головки полового члена в крайней плоти. Он является осложнением фимоза и наступает, когда насильственно стараются открыть головку полового члена. При парафимозе нарушается кровообращение полового члена и, если своевременно не ликвидировать ущемление, может наступить омертвление головки полового члена. Половой член отекает, становится синюшным, появляется боль.

Лечение: если прошло мало времени, можно произвести вправление головки полового члена: смазывают вазелином головку полового члена, 2 и 3 пальцами обеих

кистей захватывают тело полового члена и натягивают крайнюю плоть, а большими пальцами надавливают на головку. Если прошло много времени, рассекают крайнюю плоть по тыльной ее поверхности или иссекают по кругу (циркумцизия — обрезание).

ЦИСТИТ

Цистит — острое воспаление мочевого пузыря, возникает в результате инфицирования слизистой оболочки гноеродными микроорганизмами. Инфицирование происходит снизу, из уретры или из почек, при гнойных заболеваниях мочевых путей. Этому способствует переохлаждение, сексуальная активность.

Цистит может быть острым и хроническим. При остром цистите слизистая оболочка гиперемирована, покрыта фибринозным налетом, язвами. Возможно омертвление отдельных ее участков. При хроническом цистите слизистая оболочка разрыхлена, местами покрыта кровотокающими грануляциями или хроническими язвами.

Клиника: при остром цистите отмечается сильная боль во время мочеиспускания, особенно в конце мочеиспускания. Мочеиспускания становятся частыми, возникают каждые 30 мин, причиняя больному страдания. В моче наличие значительного количества гноя (пиурия), моча мутная, бактериурия. Общее состояние больных страдает мало, температура тела повышается редко. Прогноз при циститах обычно благоприятный, если не развивается некротическая форма.

Диагноз цистита устанавливают на основании анамнеза, жалоб, исследования мочи, при котором обнаруживают пиурию. При хроническом рецидивирующем течении показана цистоскопия.

Лечение консервативное, постельный режим, диета — молочно-растительная пища. Исключают соления, острые, пряные блюда, спиртные напитки. Назначают антибиотики (пенициллин, тетрациклин), сульфаниламидные препараты, нитрофураны. Хороший эффект дает ципролет. Для уменьшения боли применяют обезболивающие (промедол, пантопон — назначает врач). На область мочевого пузыря — тепло.

При хроническом цистите мочевой пузырь промывают диоксидином или хлоргексидином (водные растворы).

АДЕНОМА ПРОСТАТЫ

Аденома простаты (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) — это доброкачественная опухоль предстательной железы, что проявляется разрастанием соединительной и железистой тканей.

Чаще всего встречается у пожилых и старых мужчин.

Клиника: начальные симптомы проявляются частым мочеиспусканием, особенно ночью, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря, почему больные идут повторно мочиться; укорочение и утончение струи мочи. Перед мочеиспусканием больной тужится, так как мочеиспускание затруднено. В мочевом пузыре скапливается остаточная моча.

Мочевой пузырь полный, а моча идет каплями. Это ишурия парадокса (патологическое мочеиспускание).

Иногда аденома проявляется острой задержкой мочи, когда аденома внезапно перекрывает мочеиспускательный канал, и больной не может помочиться. Пальпация мочевого пузыря болезненна над лоном. Мочевой пузырь пальпируется иногда до пупка, а больные не могут мочиться. Иногда этому способствует прием алкоголя.

Неотложная помощь:

При острой задержке мочи — катетеризация мягким резиновым катетером. Если не удастся резиновым катетером, то тогда — металлическим (врач). Если не помогло — накладывают надлобковый свищ, он может быть временным, когда больному проводят второй этап операции — аденомэктомию, или постоянным, если у больного есть противопоказания к аденомэктомии. За постоянными свищами должен быть все время уход: необходимо 2–3 раза в день промывать трубки, их опускают в мочеприемник, 1 раз в месяц трубки меняют.

Эпидидимит

Эпидидимит — воспаление придатков яичка, **орхит** — воспаление яичка. Чаще они сочетаются (**орхоэпидидимит**).

Причины: паротит, грипп, пневмония, травмы, алкоголь, онанизм, половые излишества, верховая езда.

Клиника: заболевание начинается остро. Появляется резкая интенсивная боль в области мошонки и промежности, повышается температура до 39–40°C. Яичко и придатки увеличены, болезненны, кожа над ними гиперемирована, отечна, горяча на ощупь.

Лечение: больной нуждается в стационарном лечении. В лечении используют блокаду семенного канатика для обезболивания, суспензорий с мазью Вишневского, 2–3 дня холод местно, если же образуется абсцесс, показано вскрытие и дренирование гнойника.

ПРОСТАТИТ

Простатит воспаление простаты. Причины: воспалительные заболевания в мочевых путях, гонорея, травмы.

Клиника: боль при мочеиспускании, в начале заболевания железа не увеличена, но болезненна. При гнойном простатите появляется задержка мочи, частое болезненное мочеиспускание, железа резко болезненна и увеличена. Боль в области промежности и в прямой кишке. При акте дефекации — боль. Присоединяются симптомы интоксикации.

Лечение: покой, тепло, антибактериальная терапия, обезболивающие. При нагноении — вскрытие и дренирование железы.

ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле — расширение вен семенного канатика. Причина врожденная аномалия.

Клиника: в начале заболевание может ничем не проявляться. Со временем появляется тяжесть в области яичка. Определяются варикозно расширенные вены по ходу семенного канатика и в мошонке, присоединяется боль при ходьбе и беге и может привести к гипотрофии яичка и бесплодию.

Лечение: в начале закаливание, особенно плавание, ношение плавок. Если консервативное лечение неэффективно, тогда оперативное лечение.

ГИДРОЦЕЛЕ

Гидроцеле — водянка оболочек яичка. Водянка может быть врожденной или приобретенной после травмы.

Клиника: увеличивается или вся мошонка, или половина ее. При пальпации мягкое, безболезненное, яичко обычных размеров. Для диагностики используют диафаноскопию — этот участок просвечивает.

Лечение: операция старше 1 года, если не оперировать, может яичко атрофироваться.

Фуникулоцеле — киста семенного канатика.

Крипторхизм — отсутствие яичка в мошонке, он может быть истинным, когда яичко не пальпируется совсем, при ложном крипторхизме яичко пальпируется у корня мошонки и рукой его можно опустить в мошонку.

Лечение — оперативное только при истинном крипторхизме, яичко опускается в мошонку и подшивается. При ложном крипторхизме яичко само опускается в мошонку к периоду полового созревания.

Уход с решением проблем:

1. Задержка мочи (причины: слабость мышц, механические препятствия, травма спинного мозга, рефлекторные расстройства после операции, сужение уретры, камни, аденома простаты) — катетеризировать мочевого пузыря.

Но больной может быть не осведомлен, если он отказывается, решается вопрос через врача. Больному должны объяснить и уложить больного обычно на спину, с согнутыми и разведенными ногами.

2. Проблема — чаще урологические больные пожилые, а у них нервная система отличается повышенной ранимостью. Медперсонал обязан учитывать это, чутко воздействовать психологически, чтобы больные преодолели чувство страха и неуверенности.

3. После операции: проблема с дренажами — удлинить трубки со стеклянной трубкой и опустить в сосуд с антисептиком. Они могут выпасть, закрыться, образовать перегибы, пачкать белье — их фиксируют, и сестра должна наблюдать за ними.

4. Проблема — просачивание мочи мимо трубки, что может вызвать мацерацию кожи — смазать кожу пастой Лассара или вазелином и надеть «штанишки».

5. Для яичка суспензорий готовит медицинская сестра.

6. Кровотечение в послеоперационном периоде, если появляется свежая кровь через трубки (поставить в известность врача).

7. Инфицирование — профилактика — промывание мочевого пузыря через дренажи.

8. Специфический запах — проветривание, частая смена мочеиспускников.

9. Питание — 7 стол (ограничить белки и соль).

Роль медицинской сестры в исследовании урологических пациентов:

1. Сбор анамнеза:

- боль — характер, локализация, иррадиация;
- мочеиспускание — N, анурия (отсутствие мочи), олигурия (мало мочи), поллакиурия (учащенное мочеиспускание) и др.;
- количество мочи — внешний вид мочи;
- наличие температуры.

2. Помощь врачу при осмотре:

- раздеть пациента;
- при пальпаторном обследовании предстательной железы — приготовить: перчатки, напальчник, вазелин и придать положение больному или лежа на боку, ноги согнуты, спиной к врачу, или стоя, и согнут в поясе на 90°.

3. Взятие мочи на анализ:

- провести гигиенический туалет наружных половых органов;
- собрать утреннюю порцию мочи в чистую, сухую банку 150–200 мл;
- собрать среднюю (чистую) порцию мочи;
- прикрепить к банке с мочой направление;
- доставить мочу в лабораторию в течение часа после ее сбора (не позднее).

Уметь собирать мочу на анализы по Нечипоренко, Зимницкому, сахар, ацетон по алгоритму.

Инструментальные методы исследования:

- цистоскопия — цистоскоп — трубка с оптической системой — смотрят слизистую мочевого пузыря и устье мочеточника;
- хромоцистоскопия — цистоскоп в мочевом пузыре. Вводят 4 мл 0,4% индигокармина в/в — определяют выделительную функцию (при нормальной функции почек окрашенная моча должна появиться из устья мочеточника через 3–5 мин);
- ретроградная пиелография — восходящая — через мочеточниковый катетер вводят в лоханку — сергозин, уротраст, кардиотраст, диодон — смотрят лоханку и уретер;
- внутривенная урография — в/в 50 мл 40% сергозина. Делают снимки через 10, 20 и 30 мин. — определяют функцию выделительную и препятствия.
- цистография — 150–200 мл 10–20% сергозина или другие контрастные вещества вводят в полость пузыря через катетер — можно определить опухоль, инородное тело, разрыв мочевого пузыря;
- уретрография — в мочеиспускательный канал вводят 10–20 мл контрастного вещества — определяют повреждение, опухоли;
- ренальная ангиография;
- сканирование почек, УЗИ, КТ, МРТ. Подготовка к исследованию:
 - за 2–3 дня исключить газообразующие продукты (свежие овощи, фрукты, черный хлеб);
 - определить чувствительность к контрастным веществам: в/в вводят 1 мл за 1–2 дня до исследования при в/в урографии;
 - очистительная клизма утром и вечером, последняя за 2–3 ч до исследования, до чистых вод. Делается натошак, предупредить больного, перед исследованием опорожнить мочевой пузырь.