

Аспекты сестринской помощи при уходе за пациентами с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Родионова Мария Евгеньевна -
Старшая медицинская сестра ООО
"Клиника урологии" Председатель
Пензенского Регионального
отделения Ассоциации Медицинских
сестер России

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

2

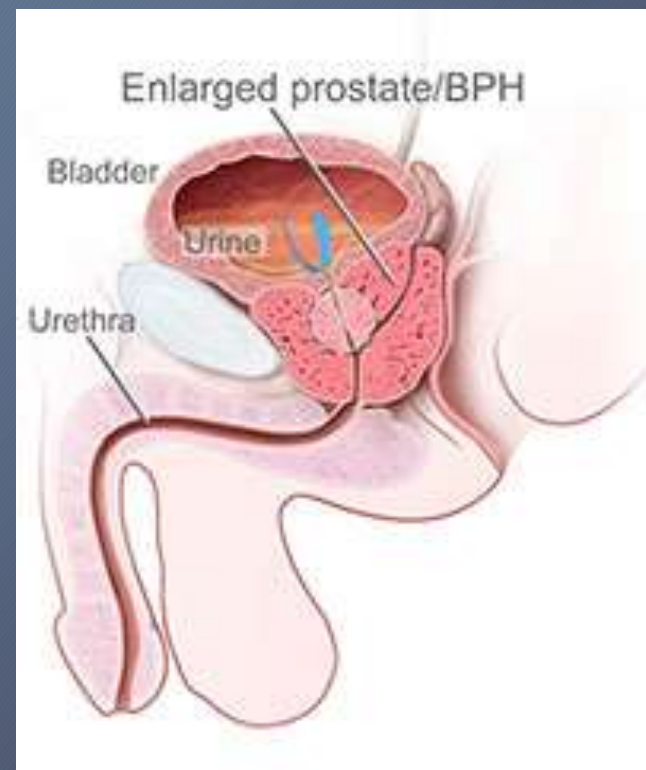
Широко распространенное заболевание у мужчин средней и старшей возрастных групп. Сущность болезни заключается в доброкачественном разрастании (увеличении) центральной части предстательной железы, окружающей мочеиспускательный канал на выходе из мочевого пузыря.



Основные симптомы

3

- Суточное увеличение частоты мочеиспусканий
- Частые сильные позывы к мочеиспусканию
- Трудности с началом мочеиспускания (невозможность «начать струю»), слабая, прерывающаяся струя.
- Неполное опорожнение мочевого пузыря, чувство постоянной наполненности даже после частых походов в туалет.
- Натуживание во время мочеиспускания.
- Неконтролируемые потери малого объема мочи в течение дня.



В среднем частота симптомов вызванных ДГПЖ составляет 34%.

Гистологически (гиперплазия без трудностей с мочеиспусканием) ДГПЖ подтверждается:

- 8% среди мужчин от 31 до 40 лет
- 50% среди мужчин от 51 до 60 лет
- 70% среди мужчин от 61 до 70 лет
- 90% среди мужчин от 81 до 90 лет

Симптоматически (гиперплазия сопровождается трудностями с мочеиспусканием) ДГПЖ присутствует:

- 26% среди мужчин от 50 до 60 лет
- 33% среди мужчин от 60 до 70 лет
- 41% среди мужчин от 70 до 80 лет
- 46% среди мужчин старше 80 лет

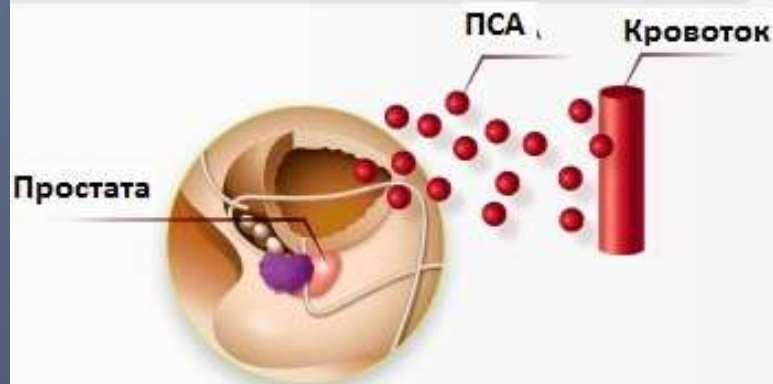
Диагностика:

- Единственный универсальный тест для диагностики ДГПЖ - анализ мочи. Широкую практику использования также имеет пальцевое исследование железы через прямую кишку. Измерение простат-специфического антигена (ПСА) используется в плане диагностики множества заболеваний предстательной железы, в том числе и ДГПЖ.
- Такие исследования как ультразвук (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) помогут определить размер увеличенной железы.

Норма низкий ПСА



Рак простаты: высокий ПСА



Урофлоуметрия



Клинический метод
неинвазивного исследования
уродинамики. Заключается в
регистрации объёмной скорости
потока мочи и других
физиологических параметров во
время мочеиспускания.
Позволяет получить
информацию о функциональном
состоянии детрузора и
проходимости мочеиспускатель
ного канала (уретры)

Статистика

- В последние годы во всем мире и России, в частности, наблюдается увеличение количества пациентов, страдающих заболеваниями предстательной железы. Заболеваемость увеличивается на 20% у мужчин в возрасте 41-50 лет, на 50% в возрасте 51-60 лет и превышает 90% у мужчин старше 80 лет. Между тем выявление патологии предстательной железы остается на недостаточном уровне, ежегодно регистрируется большое количество запущенных форм заболеваний, не снижается смертность от рака предстательной железы и осложнений доброкачественных гиперплазий.
- Решение проблемы профилактики урологических заболеваний невозможно без рациональной организации специализированной помощи на уровне первичного звена. Своевременное выявление доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) во многом зависит от организации просветительской и профилактической работы с населением сестринского персонала

Аспекты сестринской помощи при ДГПЖ.

По результатам некоторых исследований, в 60-80% случаев оказания медицинской помощи врачами ее могли бы оказать квалифицированные медицинские сестры при меньших экономических затратах и при сохранении ее качества и эффективности. Доказано, что при переориентации с госпитального на внебольничный уровень предстоит сохранить 20% коечного фонда для интенсивного лечения, 45% - для восстановительного лечения, 20% - для длительного лечения больных с хроническими заболеваниями, 15%

- для медико-социальной помощи. И если интенсивная терапия проводится врачом и медицинской сестрой одновременно, то остальные действия могут обеспечиваться медицинскими сестрами.



- Как правило, устранение текущих проблем пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) проводится средним медицинским персоналом на основании оценки состояния здоровья, информационных данных, наблюдения за пациентом. Существует множество особенностей ведения урологических больных, следовательно, необходимо проводить обучение медсестер урологии инновационными обучающими стратегиями данного профиля.

Медицинская сестра:

Выясняет осведомленность пациента о том что такое доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ее профилактике и осложнениях

Обсуждает с пациентом и его семьей ожидаемые результаты, связанные с оперативным вмешательством, медикаментозной терапией или выжидательной тактикой лечения

Оценивает двигательную активность пациента, окружающую его обстановку, одежду и расположение туалета, при необходимости обеспечивает судном

Выясняет, какие лекарства принимает пациент, при необходимости рекомендует ему проконсультироваться с врачом относительно целесообразности применения таких лекарств, как холиноблокаторы, спазмолитики, антидепрессанты или анксиолитики

Медицинская сестра

- не рекомендует

- пациенту употреблять большое количество жидкости во время приема пищи, при этом объем жидкости должен оставаться на уровне 1500-2000 мл в сутки (примерно 35 мл на 1кг массы тела). Прием жидкости во время еды ограничивается до 360 мл, рекомендуется также употреблять небольшое количество напитков между приемами пищи в течение дня, прекращать прием жидкости за 2-3 часа до сна.

- рекомендует

пациенту регулярно каждые 2 часа опорожнять мочевой пузырь и осуществлять мочеиспускание в два приема, что позволяет уменьшить частоту мочеиспусканий днем. При невозможности помочиться, несмотря на сильный позыв, пациента просят расслабиться в привычной для акта мочеиспускания позе, выпить теплого чая, помочиться под душем с теплой водой

Госпитальный этап

На госпитальном этапе пациентов с ДГПЖ (предоперационный период) медицинская сестра по согласованию с врачом информирует пациента и проводит предоперационное обучение пациента, связанное с проводимым хирургическим вмешательством и сестринским уходом в операционной. Медицинская сестра также подтверждает наличие согласия пациента на проведение операции и принимает меры по обеспечению физиологического и психологического комфорта пациента и адекватного ухода, безопасной среды для пациента



Лечение гиперплазии предстательной железы

13

Удаление гиперплазии предстательной железы возможно различными доступами. В настоящее время наиболее часто используются эндоскопические методы, включающие введение через мочеиспускательный канал специального инструмента (эндоскопа), позволяющего хирургу под контролем глаза удалить гиперплазированную ткань простаты.

Существует несколько методик эндоскопического лечения, среди которых наиболее распространены:

- трансуретральная электрорезекция гиперплазии простаты
- и лазерная энуклеация гиперплазии простаты.

Трансуретральная резекция (ТУР) гиперплазии простаты

14

При трансуретральной резекции (ТУР) гиперплазии простаты при помощи специального электрода, вводимого через просвет эндоскопа, хирург производит послойное «срезание» тканей гиперплазии простаты с одновременным термическим воздействием, приводящим к остановке кровотечения. Операция проводится под спинномозговой анестезией. После пособия в мочевого пузырь устанавливается катетер (пластиковая трубка), по которой в течение нескольких дней отходит моча, кусочки срезанных тканей, сгустки крови. Затем катетер удаляется и у пациента восстанавливается самостоятельное мочеиспускание.



Варианты ТУР

15

Псевдо-ТУР.

Малая часть гиперплазированной простаты (не более 10-15 г) удаляется у основания или тела железы, что облегчает отток мочи.

Парциальная ТУР.

В простате создается конусовидный канал с иссечением основной массы железы. Часть тканей остается по краям органа.

Тотальная простатэктомия

Тотальная простатэктомия, при которой удаляется до 100% тканей органа. Как при открытополостной операции.

При радикальной методике удаляется весь орган с капсулой. Чаще эту процедуру проводят при лечении начальной стадии злокачественного перерождения простаты.

Риски, связанные с процедурой

16

- Как и при любом хирургическом вмешательстве, определенные осложнения могут возникнуть. Некоторые из них могут включать в себя:
- Кровь в моче после операции
- Болезненное или затрудненное мочеиспускание
- Инфекционные осложнения
- Ретроградная эякуляция (когда семяизвержение происходит в мочевой пузырь)
- Кровотечение
- Могут существовать и другие риски, в зависимости от состояния здоровья пациента. Для предотвращения рисков, необходимо предоставить полную информацию о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях и аллергиях, а также о принимаемых медикаментах.

Подготовка пациента к операции.

17

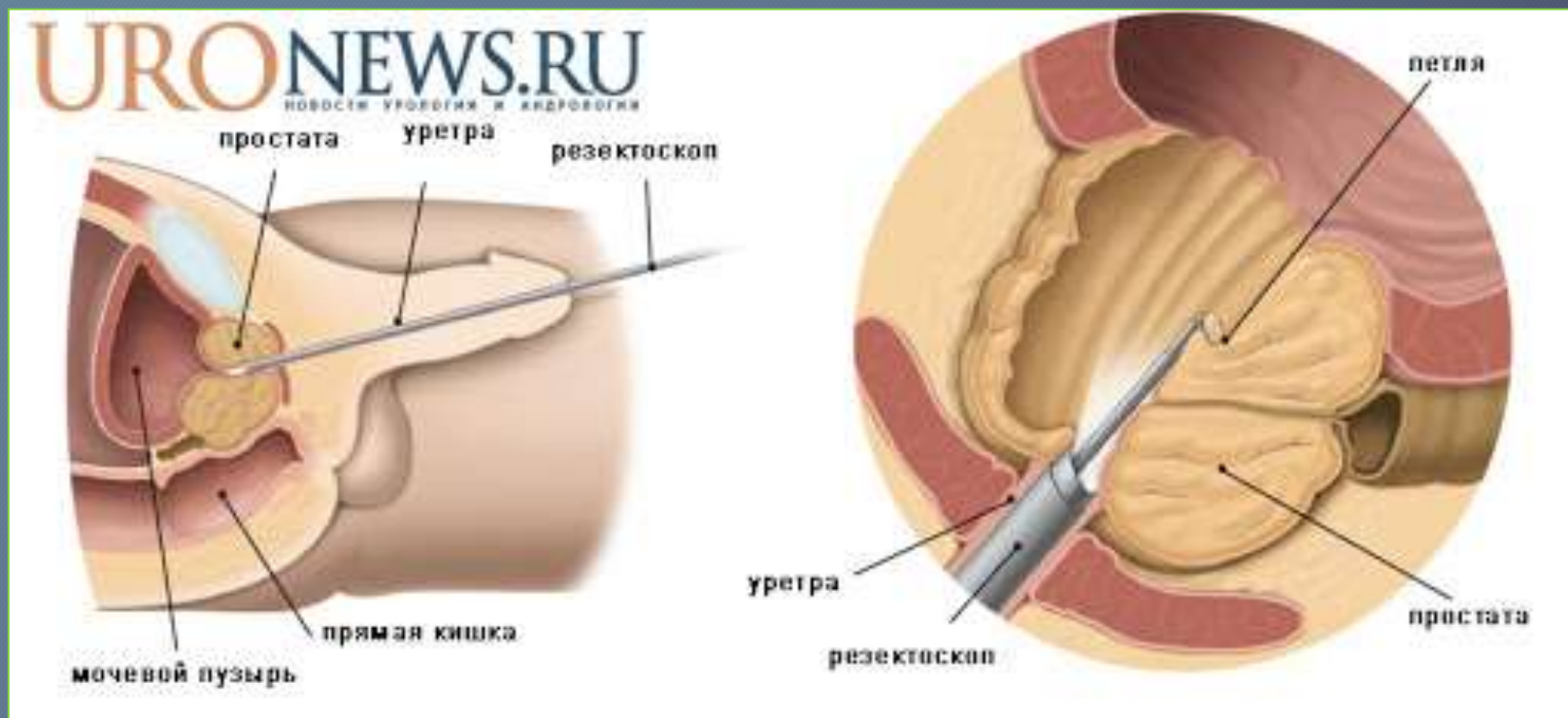
Обязательное условие!

Уточнить у пациента ,бывают ли у него носовые кровотечения, принимает ли он антикоагулянты (разжижающие кровь) лекарства, аспирин или какие-либо другие лекарства, которые влияют на свертываемость крови. Возможно, будет необходимо прекратить прием этих лекарств за несколько дней до операции.



Лазерная энуклеация гиперплазии простаты.

18





- Лазерная энуклеация гиперплазии простаты относится к наиболее современным хирургическим операциям. Ее основными преимуществами являются бескровность, быстрое действие и безопасность. Высокая эффективность метода подтверждена практикой и опытом многих специалистов.

Удаление аденомы простаты гольмиевым лазером рекомендуется в том случае, если у пациента была диагностирована доброкачественная опухоль, которая не подлежит лечению с помощью метода абляции и выпаривания.

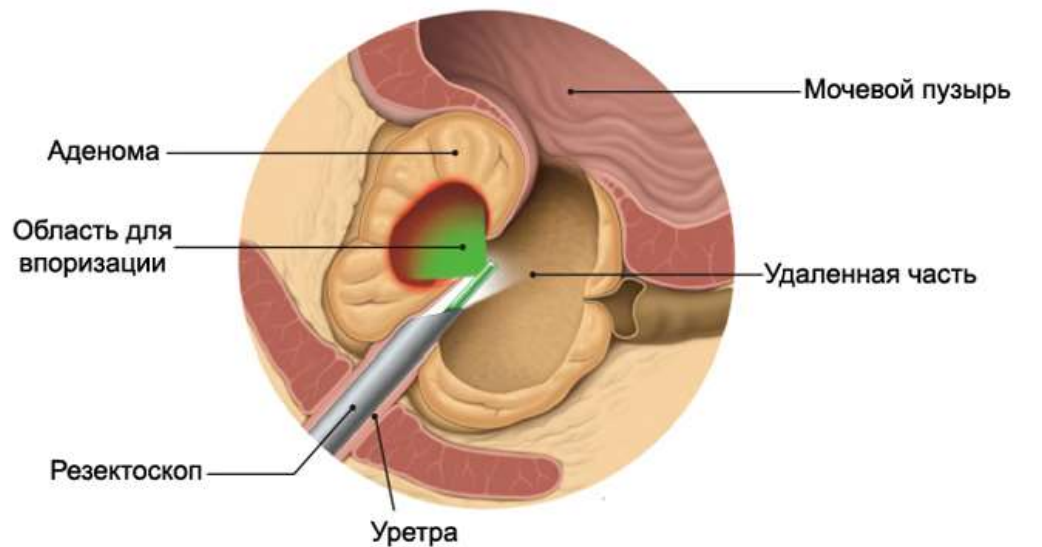
Суть лазерной энуклеации

- Во время операции применяется специальное эндоскопическое оборудование, лазер, хирургические инструменты, видеокамера для наблюдения за процессом операции, морцеллятор, а также другие устройства на усмотрение специалистов.
- Задача операции - трансуретральная лазерная гольмиевая энуклеация аденомы предстательной железы.
- Все манипуляции выполняются под общей или эпидуральной анестезией и предполагают введение резектоскопа через уретральный канал. Резектоскоп представляет собой специальную трубку.
- Посредством выпаривания проводится удаление паренхимы. Патологические участки подвергаются облучению лазером, что приводит к их дальнейшему разрушению.
- При использовании лазера цитоплазма клетки аденомы разогревается и через некоторое время ликвидируется.

Суть лазерной энуклеации

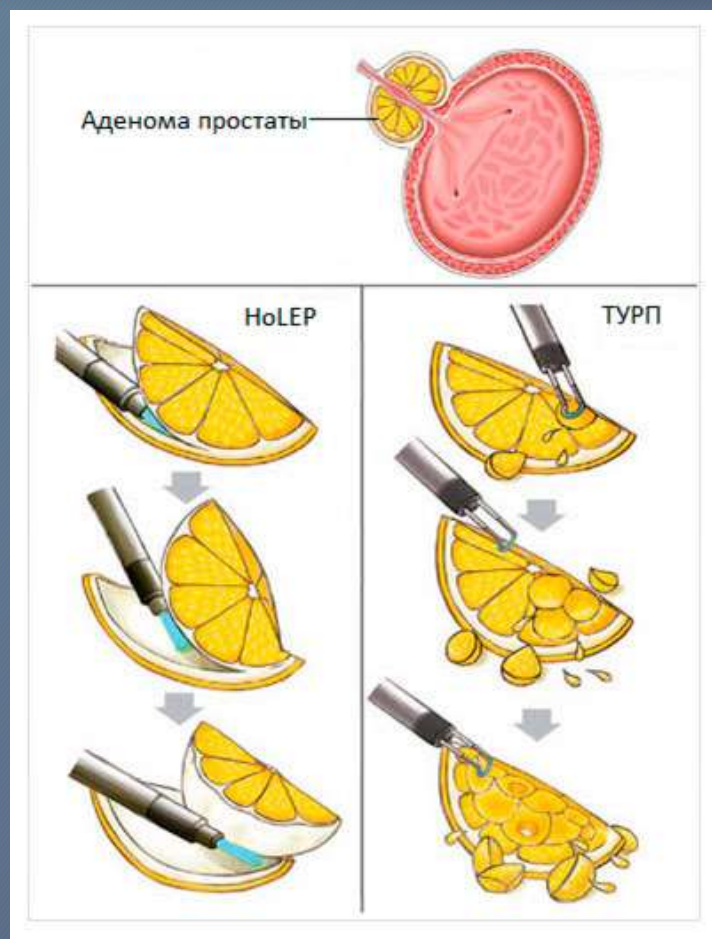
- После завершения операции используются дренажи для мочевого пузыря.
- Железа удаляется полностью посредством лазера, при этом, целостность хирургической капсулы сохраняется. Если изучить отзывы специалистов, можно увидеть, что многие отмечают это как одно из преимуществ метода.
- Коагуляция проводится после устранения патологических тканей. Лазер позволяет коагулировать кровеносные сосуды, травмированные в процессе операции. Это дает возможность исключить риск кровотечения.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ



- Гольмиевая лазерная энуклеация предстательной железы обычно рекомендуется пациентам при наличии показаний в первую очередь, так как может проводиться практически при любых размерах патологии. Этим методика hoLEP отличается от вапоризации и трансуретральной электрорезекции.
- Для минимизации повреждения здоровых тканей простаты, которые окружают патологическую область, во время операции проводится регулярное орошение органа жидкостью внутри резектоскопа. Разрушенные ткани гиперплазии простаты выводятся вместе с ней.
- Процесс выпаривания осуществляется послойным способом примерно на одинаковой глубине около 1 мм.
- Продолжительность операции - 45-90 минут.
- Время зависит от объема хирургического вмешательства, особенностей операции, сложности случая.

СРАВНЕНИЕ ЭНУКЛЕАЦИИ И ВАПОРИЗАЦИИ ПРОСТАТЫ



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЛАЗЕРНОМУ ИССЕЧЕНИЮ АДЕНОМЫ

- Операция не проводится при наличии злокачественных новообразований. Также нельзя проводить лечение пациентам, перенесшим недавно хирургические вмешательства.
- При превышении объема простаты 120 мл также не рекомендуется применение гольмиевого лазера. Согласно отзывам специалистов, для лечения предстательной железы в данном случае используются другие методы.

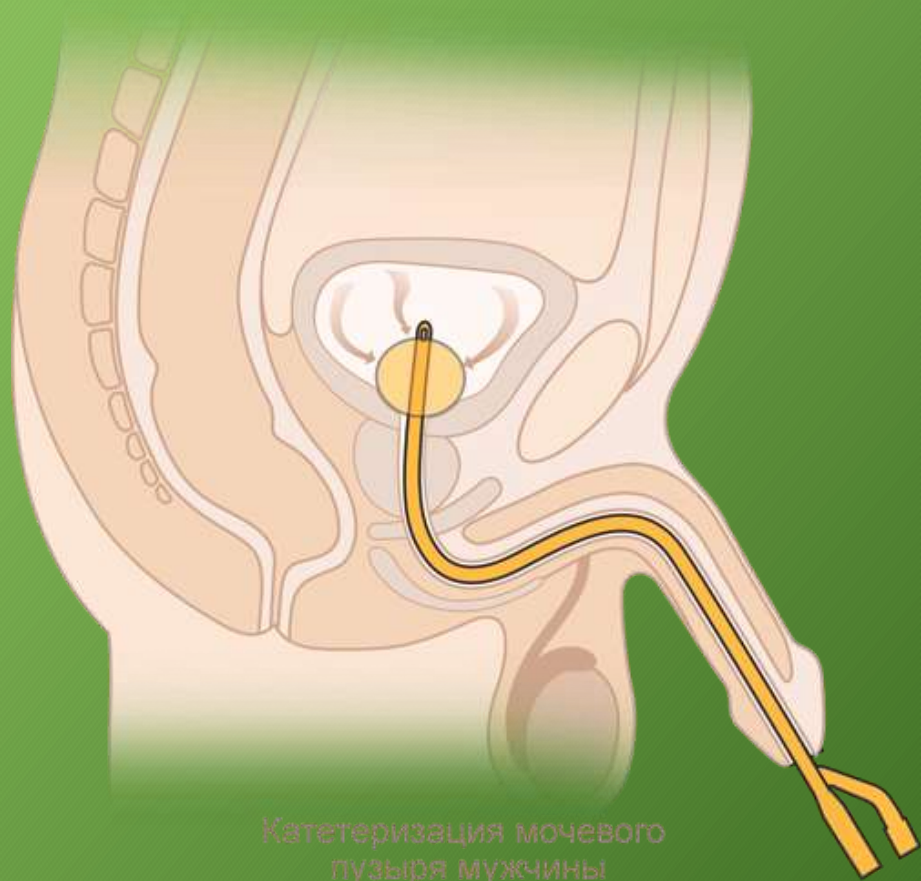
ОСЛОЖНЕНИЯ

- Считается, что данная операция - бескровная и малотравматичная. Однако после нее в некоторых случаях возможны осложнения:
- стриктура мочеиспускательного канала из-за сужения простаты,
- боли и дискомфорт при мочеиспускании,
- нарушение тока спермы во время полового акта,
- проблемы с импотенцией.

Медицинская помощь пациенту, перенесшему трансуретральную или открытую операции по поводу ДГПЖ, направлена, главным образом, на профилактику и устранение осложнений.

26

- Сразу после проведения ТУР простаты, на 2-3 суток, пациенту устанавливается катетер для промывания мочевого пузыря от возможных сгустков крови и выведения мочи. Дополнительно, по показаниям, назначается антибиотикотерапия, инфузии и обильное питье.
- После удаления катетера пациенты нередко жалуются на затрудненное мочеиспускание и не проходящее жжение. Это типичные послеоперационные симптомы, которые обычно проходят через 1-2 недели после процедуры. Состояние больного можно облегчить применением ректальных обезболивающих и противовоспалительных свечей.



Катетеризация мочевого пузыря мужчины



- При раннем послеоперационном кровотечении, врачом назначаются лекарства или проводится дополнительная эндоскопическая коагуляция сосудов.
- В связи с тем, что ТУР простаты имеет свои осложнения и неудачи, преимущества и недостатки, постоянно ведутся исследования по внедрению новых малоинвазивных методов удаления ДГП.

Питание

28

Питание должно быть дробное, сбалансированное. Следует исключить из рациона консервы, соленья, полуфабрикаты, колбасы, продукты с красителями, искусственными ароматизаторами.



Благодарю за внимание!