

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК сестринского дела**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В  
ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051503  
Селиховой Ксении Павловны

Научный руководитель

Преподаватель Прудникова Л.П.

Рецензент

Старшая медицинская сестра,  
отделение профилактики ОГБУЗ  
«Городская поликлиника  
г.Белгорода» поликлиническое  
отделение №2 Деева Л.В.

БЕЛГОРОД 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ .....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	5
1.1. Анатомо-физиологические характерные особенности мочевыделительной системы.....	5
1.2. Инфекции мочевыводящих путей, их классификация. Этиология.....	8
1.3. Факторы риска.....	10
1.4. Клинические проявления заболеваний мочевыводящих путей и их лечение .....	11
1.5. Профилактика заболеваний мочевыводящих путей .....	17
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	22
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» .....	22
2.2. Результаты социологического исследования особенностей профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике инфекций мочевыводящих пуей.....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	34
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	39

## ВВЕДЕНИЕ

Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) - поражение инфекционное, при котором страдают почки, мочеточники, мочевого пузыря и мочеиспускательных канал.

На сегодняшний день инфекции мочевыводящих путей составляют 46,9% от всех заболеваний мочеполовой системы. За последние 5 лет в России участились случаи циститов и уретритов на 9% среди мужчин и на 24% среди женщин. Данные заболевания опасны тем, что в течение долгого отсутствия лечения могут приобрести хронический характер или же дать более серьезные осложнения на почки.

**Актуальность** данной темы обусловлена тем, что с каждым годом зарегистрированных случаев заболеваний мочевыводящих путей растет в геометрической прогрессии. Это связано с недостаточно качественным лечением, уходом и профилактикой данных заболеваний.

Медицинские сестры намного больше контактируют с пациентами в ЛПУ, поэтому их задача состоит в том, чтобы доносить пациентам, как важно следить за здоровьем мочеполовой системы, как не допускать инфицирования и при подозрении на заболевание мочеполовой системы сразу обращаться к врачу-специалисту.

**Объект исследования:** пациенты с заболеваниями мочевыводящих путей.

**Предмет исследования:** профилактическая деятельность медицинских сестер при заболеваниях медицинских сестер.

**Цель работы:** изучение и исследование значимости непосредственно медицинского персонала в профилактике болезней мочевыводящих путей.

### **Задачи:**

Провести теоретический анализ данных по проблеме заболеваний мочевыделительной системы;

Проанализировать профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости мочевыводящих путей;

Провести исследование среди пациентов с заболеваниями мочевыводящих путей на базе ОГБУЗ «Городская больница №2» г. Белгорода и определить роль в профилактической деятельности данных заболеваний медицинских сестер;

Оценить роль сестринского ухода и наблюдение за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.

**Методы исследования:**

-научно-общетеоретические исследования медицинской литературы согласно этой проблеме;

- координационный (комплексный сравнительный) способ;

-социологический (анкетирование, интервьюирование);

-статистический–статическая обработка информационного массива.

**Теоретическая значимость:** анализ классификации инфекций мочевыводящих путей, изучение симптомов, лечения, факторов риска, сестринского ухода и профилактики данной группы заболеваний в целях оказания необходимой квалифицированной сестринской помощи.

**Практическая значимость:** был изучен патологический процесс при заболеваниях мочевыводящих путей с использованием сестринского ухода и проведена оценка профилактической деятельности сестринским персоналом на базе урологического отделения ОГБУЗ «Городская клиническая больница №2» г. Белгород.

**Гипотеза:** Хорошее владение теоретическими знаниями и практических навыков в организации ухода при заболевании мочевыводящих путей пациентами в условиях стационара необходимо медицинской сестре для оказания квалифицированной помощи.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

## 1.1. Анатомо-физиологические характерные особенности мочевыделительной системы

Важную роль в организме человека выполняет мочевыделительная система, она предназначена для фильтрации крови, очищения от шлаков, способствует выведения мочи наружу.

В мочевыделительной системе, равно как принцип, выделяют такие органы как почки, мочеточники, мочевого пузырь, мочеиспускательный канал.

Почки располагаются по обе стороны позвоночника в поясничной области по проекции одиннадцатого-двенадцатого ребра, имеют форму бобов. Масса почки 125-205г., длина 12-14 см. Посередине внутреннего края почки имеются своеобразные ворота, через них подходят и выходят артериальные и венозные сосуды, мочеточники, нервные окончания. Состоит почка из наружного (коркового) и внутреннего (мозгового) вещества.

Длина мочеточника, как правило, 35-40 см. Он располагается по задней стенке брюшного углубления с двух сторон позвоночного столба. Внутренний слой мочеточника – слизистая оболочка, наружный – рыхлая соединительная ткань, средний – гладкая мускулатура. Гладкий слой мускулатуры способствует продвижению мочи за счет волнообразных сокращений от почки к периферии [3, с.54].

Мочевой пузырь – полый, одиночный, мышечный орган, который служит для накопления мочи с дальнейшим её выведением через мочеиспускательные каналы. В стенках мочевого пузыря есть три слоя мышц. Из среднего слоя в нижней области образуется сфинктер, управляемый произвольно. Мочеиспускательный канал состоит из внутренней слизистой оболочки, мышечной оболочки и соединительной ткани. Длина у мужского пола

достигает порядка 28 см, ширина 6-8 мм. Начинаясь от мочевого пузыря, проходит у мужчин через предстательную железу и между губчатыми телами полового члена.

Женский мочеиспускательный канал проходит короткое расстояние от внутреннего отверстия мочеиспускательного канала до наружного отверстия под клитором между половыми губами. Мочеиспускательный канал проходит по передней стенке влагалища, направляясь сверху вниз и кпереди под лобковым симфизом [1,с.33]. Его слизистая оболочка образует многочисленные складки. Соединительная ткань богата эластичными волокнами и многочисленными венозными сосудами. Одной из важных функций почек является образование мочи.

Моча – жидкий продукт, вырабатываемый почками. С мочой удаляются из организма почти все конечные продукты азотистого обмена, большая часть продуктов углеводного и липидного обмена, большая часть неорганических солей и больше половины потребляемой воды. С мочой выделяются лекарственные и ядовитые вещества. Выделение с мочой самых разных веществ, помогает сохранить осмотическое давление, постоянство реакции крови и состава внутренней среды организма. Появление мочи регулируется нейрогуморальным путем. Каждые 7-10 минут через почки вся кровяная масса организма делает практически полный путь по очищению. За сутки почки «прогоняют» до 1200мл крови. Моча в почках образуется без перерывов, постепенно выделяясь в мочеточники в мочевой пузырь. В глубоком значении слова термин «диурез» характеризует процесс синтезирования и выделения мочи. Но чаще его применяют для того, чтобы охарактеризовать количество выделяемой мочи. Общее количество мочи, выделяемой человеком, за одни сутки называют суточным диурезом. Средний диурез за 1 мин называют минутным диурезом (данную величину используют при расчётах количественных показателей функций почек) [12, с.15]. Суточное количество мочи, выделяемым взрослым человеком в норме соответствует от 900 до 2000 мл, составляя в среднем 70-80% выпитой воды или жидкой пищи. Остальное

количество жидкости выделяется через лёгкие (290-410 мл; при физической деятельности до 530 мл/сутки) и кожу (300-400 мл/сутки); около 100 мл выделяется с калом. Диурез может увеличиться при приёме большого количества жидкости или жидкой пищи, повышающий диурез, наоборот, уменьшается во время физических нагрузок и в жаркую погоду при обильном потоотделении, рвоте, диарее. При заболеваниях почек и мочевыводящих путей пациенты отмечают разнообразные изменения в состоянии здоровья. У урологических больных часто наблюдаются такие клинические проявления, как отёки разной локализации, расстройство мочеиспускания, болезненные ощущения в поясничной области, повышение артериального давления. Особое значение в уходе за больными с заболеваниями почек отводят наблюдению за качеством выделяемой мочи [9, с.101].

Цвет мочи в норме колеблется от светло-жёлтого (соломенно-жёлтого) до насыщенного жёлтого, что обусловлено содержанием в ней пигментов (урохромов, уробилинов). Уровень окраски меняется в зависимости от удельного веса и количества выделяемой мочи. Так, например, при высоком удельном весе моча жёлтого цвета, а более светлая моча имеет довольно низкий удельный вес. Цвет мочи может меняться при приёме каких-либо лекарственных препаратов и употреблении некоторых пищевых продуктов (свёкла, черника и др.). Цвет мочи изменяется также при различных патологических состояниях. Например, при рвоте, при диарее и других состояниях, ведущих к обезвоживанию организма, моча становится темно-желтой, а при поллакиурии моча светлая, почти как вода [8, с. 6]. При почечной колике при отхождении камня моча может стать красной за счёт выделения кровяных сгустков, при остром нефрите гематурия придаёт моче цвет «мясных помоев». Гематурия – это наличие в моче кровяной массы или ее составляющих, а именно эритроцитов. В частых случаях при неизменном цвете мочи осадок в ней имеет другой цвет из-за содержания солей, форменных элементов или же слизи. Так, осадок кирпично-красного цвета говорит о

большом содержании соли мочево́й кислоты. Осадок в виде желтых или светлых элементов бывает при высоком показателе мочево́й кислоты.

В норме моча имеет не резкий специфический запах, который может измениться в какой-либо конкретной ситуации. При бактериальном разложении в мочевых путях, моча может иметь аммиачный запах (тяжёлые циститы, распадающаяся раковая опухоль); при диабетической коме имеется фруктовый («плодовый», «яблочный») запах мочи, который зависит от появления кетоновых тел. Во время отравления скипидаром моча имеет запах фиалок; при употреблении чеснока или спаржи запах становится резким, неприятным [4, с.21].

В норме моча прозрачная. Мутность её зависит от отсутствия большого количества солей, клеточных элементов, бактерий, слизи, капель жира. В определении прозрачности мочи существуют следующие показатели: прозрачность полная, неполная, мутноватая, мутная. Мутной в момент выделения моча может становиться при пиелонефрите, инфекциях нижних мочевых путей, выделении солей. Хлопья и нити в моче также могут проявляться при пиелонефрите и инфекциях нижних мочевых путей. Незначительное помутнение мочи при отстаивании считается нормой.

## **1.2. Инфекции мочевыводящих путей, их классификация. Этиология**

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) – это группа заболеваний мочевыводящих путей и мочевыводящих путей, развивающихся в результате инфицирования мочеполовых путей патогенами.

В большинстве случаев в инфекции мочевыводящих путей образуют представители семейства энтеробактерий, выходящие из желудочно-кишечного тракта. Зачастую, около 45-80% всех заболеваний вызывают кишечные палочки, 8—13% — клебсиеллы [5, с. 12]. У госпитализированных пациентов разнообразие возбудителей гораздо больше и включает виды протей, серраций

и другие грамотрицательные бактерии. Среди грамположительных бактерий такие поражения чаще всего вызывают энтерококк, сапрофитный стафилококк и стрептококки группы В. Не редко из мочи синтезируют *Staphylococcus aureus*, коринебактерии и лактобациллы; необходимо знать, что их присутствие в мочевыводящих путях зачастую является следствием основной патологии. Возбудители уретритов — трихомонада. Микопlasма, уреплазма, хламидии в крайне редких случаях возбуждают настоящие инфекции мочевой системы. У людей с сахарным диабетом, больных с мочевыми катетерами и женщин в период беременности в моче в нередких случаях обнаруживают грибы рода *Candida*. Необходимо понимать, что наличие грибка кандиды зачастую говорит о заселении и колонизации в мочеиспускательный канал бактериями сапрофитами. Возрастающий кандидоз мочевого тракта замечают не так часто; вторичное выделение дрожжеподобных грибов, вероятно, означает наличие повторного пиелонефрита при диссеминированном кандидозе. В зависимости от того, какой отдел поражают бактерии, выделяют два вида заболеваний - инфекции верхних мочеполовых путей и нижних [7, с. 132].

К инфекциям верхних мочевых путей относят, как правило, пиелонефрит. Пиелонефрит – воспалительное заболевание почек, характеризующееся поражением паренхимы почки, чашечек почечной лоханки. К условиям способствующим размножению инфекции в почках, относятся патологии оттока мочи (уменьшение мочеточника, патологии развития почек, гидронефроз, рефлюкс, опухоль, камни). Последующие заболевания почек, связаны с иммунодефицитными состояниями (лечение цитостатиками, возникает в основном при сахарном диабете и при дефектах иммунитета), гормональный дисбаланс (длительный прием противозачаточных средств, менопауза, беременность,) [3, с. 36].

К инфекциям нижних мочевых путей относятся цистит, уретрит и простатит (у мужчин). При этих инфекциях воспаление формируется в мочевом пузыре, мочеточниках либо предстательной железе, в соответствии с этим,

зависит от возникновения инфекции в мочевыделительной системе разделяют на: осложненные и не осложненные. В случае не осложнённой инфекции отток мочи не нарушается, то есть, нет наличия аномального развития органов мочевого выделения, так же как и функциональных расстройств. В случае осложненной инфекции имеет место развитие аномалии или патологии функций органов. Также инфекции мочевыводящих путей делятся на внутрибольничную и внебольничную. В первом случае причинами возникновения инфекции являются различные медицинские процедуры, осуществляемые пациентам. Во втором случае воспалительное течение никак не является следствием медицинских вмешательств.

### **1.3. Факторы риска**

Группа данных заболеваний носит довольно обширный характер, что обусловлено высоким количеством факторов риска. Среди них такие факторы как, врожденные аномалии мочеполовой системы, функциональные расстройства (рефлюкс мочевого пузыря и мочеточника, недержание мочи и т.д.). Болезненные состояния и дополнительные патологии, такие как: нефроптоз, диабет, мочекаменная болезнь, почечная недостаточность, рассеянный склероз, киста почки, иммунодефицит, поражения спинного мозга. Беспорядочные половые связи без барьерных методов контрацепции, гинекологические операции, беременность, пожилой возраст, инородные тела в мочевыводящих путях (дренаж, катетер). Пожилые люди - это отдельная группа риска. Инфекции мочеполового тракта способствуют эпителиальной недостаточности, ослаблению общего и местного иммунитета, понижению секреторной функции слизи, нарушениям микроциркуляции.[4, с. 236]. Наравне с частотой возникновения заболеваний мочевыводящих путей у пожилых людей, инфекции проявляются у женщин. Инфекции мочевыводящих путей у женщин развиваются во много раз чаще, чем у мужского пола. Это происходит из-за

особенностей строения и работы зрелого женского организма, уретра намного короче и шире, расположена вне посредственном контакте с влагалищем. Это даёт возможность патогенным микроорганизмам быстрее проникать в мочеиспускательный канал.[12, с. 47].

Высокий риск развития заражения мочевыводящих путей у женского пола связаны с сахарным диабетом, гормональными расстройствами и неврологическими заболеваниями различного характера. В категорию риска инфекций мочевыводящих путей попадают девушки, которые рано начали вести половую активность, женщины во время беременности, а так же, в послеродовом периоде, и имеющие в гинекологическом анамнезе аборт. Отсутствие контроля над правилами личной гигиены также является фактором риска, который способствует развитию воспалительных процессов мочевыводящих путей. С возрастом у женского пола частота ИМВП возрастает. Заболевание проявляется у 12% девочек школьного возраста, у 45% женского пола в возрасте 25–36 лет. К своему апогею заболеваемость доходит у женщин старше 60 лет. В большинстве случаев инфекции мочевыводящих путей у женщин проявляются повторно несколько раз за всю жизнь [7, с. 234]. Если клиническая картина ИМВП появляется вновь в течение месяца после реабилитации, этого недостаточности или неэффективности проведенного лечения. Если инфекция возвращается по прошествии месяца после лечения, но не позднее чем через половину года, считается, что наступило повторное заражение.

#### **1.4. Клинические проявления заболеваний мочевыводящих путей и их лечение**

Пиелонефрит распространен среди всех возрастов, но чаще всего данной болезнью страдают женщины. Статистика показывает, что все пациенты, независимо от пола или возраста, страдают пиелонефритом по-разному. В 5 раз

чаще страдают пиелонефритом девочки в отличие от мальчиков в возрастной категории от 3 до 16 лет. Но именно после 50 лет чаще страдают пиелонефритом мужчины. Данная закономерность обусловлена возрастными нарушениями уродинамики. Пиелонефрит может быть как приоритетной проблемой пациентов, так и потенциальной. Может также возникать вследствие хирургического вмешательства единовременно. Пиелонефрит может стать потенциальной проблемой в том случае если была проведена катетеризация мочевого пузыря неверно или при некачественной дезинфекции катетера. Наиболее высокий риск заражения почек имеют пациенты в возрастной градации от 50 лет и больше. Пиелонефрит старшего поколения имеет место быть чаще, так как именно в данный возрастной период иммунитет падает. Стоит заметить, что ранняя диагностика позволяет улучшить результат лечения и профилактики, что влияет на статистику в положительную сторону [5, с. 136].

Пиелонефрит способствует являться самостоятельной болезнью, однако чаще осложняет развитие других различных болезней, такие как аденома предстательной железы, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, опухоли мочеполовой системы и заболевания женских половых органов, так же может возникнуть как послеоперационное осложнение. Осложненные инфекции у больных возникают на фоне катетеризации мочевого пузыря и у больных с сопровождающими заболеваниями, к ним относятся пациенты с сахарным диабетом, с застойной сердечной недостаточностью и люди с ослабленным иммунитетом. Пациенты преклонного возраста имеют более высокий риск осложненных инфекций. Главная проблема нефрологической клиники, которая занимает особое место – это старческий пиелонефрит. С каждым десятилетием, его частота только увеличивается и достигает 40%, в шестом десятилетии достигает 30%. В данной работе не было задачи детально рассмотреть данное заболевание, и ключевой интерес уделяется антибактериальной терапии пиелонефрита. Однако необходимо объяснить, в неполной мере, основную проблему инфекции мочевыделительной системы, своевременную диагностику и определённое лечение [7, с. 281].

Особенностью острого пиелонефрита является резкое начало заболевания. Отмечаются критическое повышение температуры тела (до 38-40.5 С), сотрясающий озноб, тяжелейшая интоксикация организма, тупые боли в области поясницы, дизурия, артралгии, миалгии. Так же выявляют метеоризм, повышенный тонус поясничных мышц, что способствует приобретению вынужденного положения с подведением ног к туловищу, боль в области почек при пальпации. При исследовании биологического материала наблюдается лейкоцитурия и бактериурия [12, с. 34].

Диагностика обструктивной формы острого пиелонефрита имеет очень важное значение, так как при её лечении необходимо прежде всего ликвидировать окклюзию мочевых путей. Распирающая боль в области поясницы является одним из ярких проявлений обструктивного пиелонефрита. Выражена общая интоксикация, возникают тяжёлые осложнения - некротический папиллит (макрогематурия с обнаружением в моче некротизированных тканей), бактериемический шок с внезапным коллапсом. При необструктивном остром пиелонефрите у больных необходимо проводить дифференциальную диагностику с острыми инфекциями (некоторые кишечные инфекции, грипп, пневмония, подострый инфекционный эндокардит), острыми хирургическими и онкологическими заболеваниями [11, с. 96].

Хронический пиелонефрит протекает, как правило, стёрто, при выявлении анамнеза, можно выявить чрезмерную утомляемость, боли в поясничной области, озноб, субфебрильную температуру тела, бледность, анемию, никтурию совместно с полиурией. А при отсутствии признаков почечной недостаточности: артериальную гипотензию, небольшую протеинурию и истинную бактериурию (100 000 или более микробных тел в 1 мл мочи). При хроническом пиелонефрите очень рано начинается понижение относительной плотности мочи.

Характерными клиническими симптомами острого цистита, как правило, являются частые, болезненные мочеиспускания, тупая боль в области мочевого пузыря, пиурия и терминальная гематурия.

Чем больше проявляется процесс воспаления в мочевом пузыре, тем чаще возникают позывы к мочеиспусканию, и боль становится интенсивнее. Если у больного присутствует цистит в тяжёлой форме, то позывы к мочеиспусканию становятся частыми, при этом отмечает резкие колющие боли, в нередких случаях наблюдаются выделение капель крови в конце мочеиспускания. При остром цистите боли заметны в надлобковой области и длятся вне акта мочеиспускания, а также боль отмечают при пальпации области мочевого пузыря [7, с. 57]. Непрерывные болевые импульсы в слизистой оболочке мочевого пузыря стимулируют увеличение давления в нем, вследствие наличия небольшого количества мочи в пузыре приводит к позыву на мочеиспускание. При остром цистите гематурия является терминальной стадией, особенно часто проявляется при поражении шейки мочевого пузыря, отмечается примесь крови. Мутность мочи обусловлена тем, что в ней содержится большое количество лейкоцитов и бактерий [4, с. 31]. Острый цистит сопровождается наличием лихорадки. Несмотря на это течение данного заболевания, обычно имеет благоприятный исход [10, с. 31]. Приблизительно за 7-10 дней клинические симптомы стихают и состояние заболевшего становится намного лучше, однако если в течение 2-3 недель цистит не проходит, стоит искать причину заболевания. Хронического цистита в медицине, как отдельного заболевания не существует, в частых случаях, он является вторичным заболеванием, то есть осложняет имеющиеся заболевания абсолютно всех органов мочеполовой системы. Такие как: опухоль мочевого пузыря, хронический пиелонефрит, склероз шейки мочевого пузыря, аденома предстательной железы. Совместно в данный период затяжного воспалительного процесса в мочевом пузыре, следует искать выше упомянутые причины возникновения причины, однако не нужно исключать и бактериальную природу этого заболевания. Ведь не редко истиной причиной неспецифического воспаления уретры является патогенная флора [2, с. 36]. При своевременном лечении течение цистита не оказывает выраженного влияния на беременность. Роды могут проводиться через естественные родовые пути при

отсутствии акушерских показаний. Профилактика-это своевременное обследование и планирование беременности. При наличии очагов хронической инфекции в полости рта в виде тонзиллита, кариеса, во влагалище их необходимо санировать до зачатия. Поэтому беременным женщинам, склонным к расстройствам кишечника, следует соблюдать диету или принимать дополнительные мягкие слабительные в виде лактулозы. Женщинам с хроническим циститом лучше ограничить рацион острыми, кислыми продуктами, маринадами, острыми, жареными. Потребление алкоголя также недопустимо. В послеродовом периоде эти рекомендации сохраняются.

Бактериальный уретрит возникает при долговременном нахождении катетера в мочевом пузыре, либо без барьерного метода контрацепции при половых связях. Различают острый и хронический бактериальный уретрит. Острый неспецифический воспалительный процесс не схож с симптомами гонорейного уретрита. Инкубационный период, признаки воспалительного процесса другие: боль при мочеиспускании, жжение, отек слизистой уретры [8, с. 300].

На основании клинической картины нельзя проводить дифференциальную диагностику бактериального и гонорейного уретрита. Только на основании лабораторных исследований выставляется диагноз, исключающий гонококки: бактериологический посев на гонорею, ПЦР диагностику и т.д.

Воспаление в основном протекает бессимптомно, так же отмечается зуд и жжение при мочевыделении, и скудные слизистые выделения. Диагностика заключается в проведение УЗИ мочевого пузыря и биологический анализ мочи. Хронический уретрит у мужчин может осложняться колликулитом, то есть, воспаление семенного бугорка. Семенной бугорок – это место выхода выводных семявыносящих протоков. Данное воспаление может привести к кровяным выделениям и расстройству семяизвержения [5, с. 201]. При остром простатите пациенты отмечают жалобы на частое, нередкое болезненное мочеиспускание, боль в области крестца и промежности. При этом затруднено

мочеиспускание, так как моча выделяется тонкой струёй, отмечается задержка мочи. Преобладает субфебрильная температура тела и выраженная общая интоксикация, не редки ознобы.

К дизурическим расстройствам причисляют внезапные тупые, пульсирующие боли в промежности и усложнение акта дефекации. В определенных моментах хронический простатит становится второстепенным заболеванием после острого воспалительного процесса, однако, может наблюдаться изначально хроническое течение заболевания. Первично хроническая форма заболевания формируется на протяжении относительно долгого времени, и предшествует простатоз – застой крови в капиллярах, который постепенно переходит в бактериальный простатит [1, с. 22]. Клиникой специфического воспалительного процесса в многочисленных случаях маскирует проявления поражения простаты. Небольшое изменение в клинической картине, для больного может быть незамеченным [2, с. 201].

Простатит часто становится осложнением воспалительного процесса, к примеру, гонококк, хламидии, трихомонада и уреоплазма. Главная задача медикаментозных мероприятий направлена на подавление инфекционно-воспалительного процесса и устранение возбудителя. Заключается терапия инфекции мочевыводящих путей в использовании антибактериальных лекарственных средств разных групп. Сульфаниламидные препараты, к ним относят этазол, уросульфан, бисептол. Такие медикаменты показывают высокую эффективность в лечении и являются малотоксичными для почек. Фурагин, невидграмон, фурацилин, неграм, следующие препараты относятся к нитрофурановым. Нитрофураны широко используются при инфекциях мочевыводящих путей, проявляя активность по отношению к грамположительным и грамотрицательным бактериям. С момента сдачи анализа до получения результата, на выявление возбудителя может пройти от 3 до 7 дней, чтобы, не теряя время, врач-уролог может назначить антибиотик широкого спектра действия [4, с. 15].

Зачастую медикаментозным лечением инфекций мочевыводящих путей назначают фторхинолоны, к этой группе относят номицин, цiproфлоксацин, офлобак, заноцин. Кроме того назначают пеницилины, тетрациклины, цефалоспорины II и III поколения.

С целью предупреждения развития грибковой инфекции добавляют противогрибковые средства, такие как флюконазол. В составе лечебного комплекса назначают спазмолитические препараты для восстановления мочеиспускательной функции, нестероидные противовоспалительные средства, комбинированные препараты растительного происхождения канефрон.

### **1.5. Профилактика заболеваний мочевыводящих путей**

Большое значение в профилактике заболеваний мочевыводящей системы отведено своевременному купированию все возможных инфекционных очагов, являющихся возможными источниками проникновения различных микробов в почки путём кровотока, кроме того устранению факторов, которые могут затруднить выведение мочи из организма. Немало важную роль в профилактических мероприятиях может играть недостаточное соблюдение личной гигиены (характерные черты у девочек и беременных женщин), что способствует явной причиной к возникновению восходящей инфекции по мочевыводящим путям [12, с. 200].

Больным с учащёнными вторичными инфекциями мочевыводящих путей (свыше трёх обострений на протяжении 6 месяцев либо четырёх обострений за год) следует уделять повышенный интерес к данной тематике. Следует принимать долговременное медикаментозное лечение, с профилактическими введениями небольших дозировок ко-тримоксазола и фторхинолов. Для исключения нежелательных реакций организма на химический состав лекарственного препарата, таких как дисбактериоз, аллергические реакции, тромбоцитопения, гемолитическая анемия и проявления интерстициального

нефрита, цефалоспорин вводят перорально. Так же такой способ введения медикамента подходит подросткам, беременным и кормящим женщинам. Необходимо не забывать опасность при долгосрочной антибактериальной терапии пациентам с сахарным диабетом, хроническим гепатитом, пожилым людям и подросткам и комбинировать лечение с фитопрепаратами, не имеющими настолько тяжелых последствий при длительном использовании. Помимо этого приём антибиотиков, как краткосрочного, так и длительного действия, зачастую может привести к серьезным последствиям такие как, дисбактериоз кишечника либо к дисбиозу всего организма. Необходимо исключить проявление осложнений от приема антибактериальных препаратов. Из-за всего выше перечисленного, очень важно после проведения антибактериальной терапии восстановить нормальную микрофлору кишечника.

Пациентам с хроническими инфекциями практикуют предварительное введение медикаментов, которые препятствуют развитию дисбактериоза, в основном такими лекарственными веществами являются пробиотики. Самым популярным и часто применяемым является лактулоза (дюфалак, нормаза). Лактулоза считается искусственным изомером лактозы, производимым с использованием коровьего молока, она сочетает в себе абсолютную эффективность для оптимальной микрофлоры и подходит практически всем пациентам, всех возвратных групп при любой второстепенной патологии. Потребление лактулозы в целях профилактики защищает организм не только от кишечных инфекций, но и от инфекций респираторных путей и мочеполовой системы. Видимое улучшение возможно наблюдать у больных, которые страдают от хронических инфекций мочевыводящих путей, что возможно отметить при явном снижении частоты обострений. Из этого следует сделать вывод, что дисбактериоз, возникший в результате антибактериальной терапии, может привести к нарушению функциональности всего организма, что в последующем приводит к нарушению органов и систем, а главное к повторному инфекционному поражению [5, с.68]. При подозрении на какие-либо опасные заболевания верхних мочевыделительных органов такие, как острый

диффузный гломерулонефрит пиелонефрит, или обострение хронического диффузного гломерулонефрита, больной немедленно должен обратиться к врачу-урологу и немедленно быть госпитализирован в стационар. Пациенту назначают постельный режим, строгую диету и своевременную выдачу лекарственных средств, только по назначению врача-уролога. При повторном хроническом проявлении инфекции пациент должен, находиться на диспансерном учёте, периодически проверяя состояние почек и общий анализ мочи, (не реже раза в месяц) так же должен производить контроль питания и приём лекарственных средств. Люди, страдающие заболеваниями почек или инфекциями мочевыводящих путей, должны исключить переохлаждение и переутомление, так же, им противопоказан тяжёлый физический труд, долговременное нахождение в холодных помещениях, либо душных. Каждая медицинская сестра, работающая в урологическом отделении, должна рекомендовать пациентам дневной отдых, в течение (1-1,5 часа) с непрерывной медикаментозной терапией, которую назначает врач-специалист [12, с. 291]. В целях профилактики обострений хронических заболеваний представлены такие мероприятия, как своевременное и действующее лечение острых инфекций мочевого тракта (уретриты, циститы, острые пиелонефриты). Устранение местных изменений в мочевых путях, вызывающих расстройство уродинамики (сужение мочевыводящих путей, удаление камней и другие), а также исправление нарушений иммунитета, который ослабляет организм в целом [4, с. 90].

Большая часть населения периодически страдает циститом. Если он не первичен и рецидивирует хотя бы раз в полгода год, медицинская сестра должна давать таким пациентам перечень простых правил, к которым относится ношение удобной не стесняющей одежды, исключение переохлаждений, ношение всегда чистого и хорошо постиранного хорошим гипоаллергенным порошком нижнего белья. Часто лечение нефроптоза сопровождается консервативным способом лечения, является, ношение бандажа. Использование бандажа искореняет отрицательное формирование

развития заболевания, а так же ликвидирует возникновение осложнений. Бандаж следует надевать с утра, в горизонтальном положении, сразу же после пробуждения. Медицинская сестра урологического отделения должна проинформировать пациентов, об использовании бандажа. Так же рекомендуется выполнять специальный комплекс гимнастики, направленный на укрепление передней брюшной стенки. К консервативной терапии этого заболевания относится также назначение спазмолитических, обезболивающих, противовоспалительных средств, теплых ванн. При назначении пациенту постельный режим, положение кровати должно быть с приподнятым ножным концом. Люди с заболеваниями мочевыводящей системы минимум раз в год, должны проходить санаторно-курортное лечение, в местах без резких колебаний суточной температуры, и постоянный сухой климат. Но стоит помнить, о том, что не всем пациентам подходит санаторно-курортное лечение. К противопоказаниям относят высокую протеинурию (содержание белка в моче свыше 4г/сут), гипопроотеинемию (содержание белка в сыворотке крови 60г/л), диспротеинемию (нарушение соотношения в крови альбуминоглобулинов), могут сочетаться с множественными отеками, которые трудно поддаются медикаментозной терапии. В первую очередь, чем приступить к оздоровлению организма в курортных местах, пациент вынужден пройти консультацию у врача-специалиста. Санаторно-курортное лечение назначают в комплексе. Назначают климатолечение, в виде аэрогелиотерапии, вследствие такого лечения качество водно-солевого обмена, значительно уменьшает отечность и повышает плотность мочи. Этот вид лечения практически постоянно проводится в комплексе с лечебной гимнастикой, физиобальнеотерапией (лечение разными медикаментозными препаратами в различных климатических условиях) и специальной диетотерапией. Само количество мочи снижается из-за выхода жидкости с организма другими способами. Повышенная потеря воды через кожу и легкие способствует выделению из организма соли и уменьшению задержки воды в тканях. У урологических пациентов диетотерапия направлена на снижение количества потребления соли и белка с пищей. Ограничивать

пациентов в потребление жидкости не следует. В санаторно-курортных местах назначают купание в морской воде, бальнеотерапия, в которую входят кислородные ванны. При этих заболеваниях применяются питье радоновой и минеральной воды, грязелечение, электромагнитные токи, ультразвук, УВЧ и гальванический ток [3, с. 36].

Итак, из всего выше перечисленного можно сделать следующие выводы:

1. Заболевания мочевыводящих путей доставляют дискомфорт пациентам, пагубно влияют на состояние иммунитета, снижают работоспособность и могут приводить к необратимым пагубным изменениям или даже смерти.

2. Профилактика заболеваний мочевыводящих путей имеет большое значение. Прежде всего профилактическая деятельность начинается с санации очагов инфекции, что не мало важно.

3. Медицинская сестра должна уделять как можно больше внимания пациентам с подозрениями на инфекцию мочевыводящих путей, так как это позволяет поставить точный диагноз на ранних этапах и предотвратить заболевание без серьезных последствий.

4. Средний медицинский персонал должен проводить тщательный уход за пациентами, которые страдают заболеваниями мочевыводящих путей, медицинские сестры в своей профилактической деятельности обязаны давать рекомендации пациентам и их родственникам по самоуходу и уходу за личной гигиеной, своевременной сменой и правильной обработкой нижнего нательного белья, правильным питанием и его режимом. Важно рассказывать пациентам о соблюдении питьевого режима, об уменьшении количества соли, соленых продуктов и употребления белка в рационе.

5. Профилактическая деятельность медицинских сестер помогает уменьшить статистику заболеваемости инфекционными заболеваниями мочевыводящих путей, что положительно влияет на здоровье населения и статистические показатели.

## **ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

### **2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода»**

Урологическое отделение ОГБУЗ «Городская больница №2» г. Белгород основана с ноября 1988г., с момента основания больницы. Расположено на 4-м этаже хирургического корпуса. В отделении развёрнуты 42 койки круглосуточного пребывания. Отделение оказывает круглосуточную экстренную урологическую помощь 4 дня в неделю, а также медицинскую помощь больным дневного стационара. В отделении современные палаты: 8 палат четырёхместных, 2- местных, 4- одноместных и 2 послеоперационных. Все палаты оснащены отдельными санузлами. В отделении 2 процедурных кабинета, перевязочная и кабинет для цистоскопических исследований.

В отделении используются все современные методы диагностики: клинико-лабораторные, УЗИ-методы обследования, рентгенологические, методы компьютерной томографии, МРТ диагностика, а также эндоскопические. Операционная урологического отделения находится в отдельном оперблоке на 2-м этаже хирургического корпуса. В отделении работают 6 врачей. Все врачи отделения имеют высшую или первую категории. Руководит отделением Осипов Павел Георгиевич врач - уролог высшей категории, кандидат медицинских наук.

В арсенале отделения все виды классических операций на органах мочеполовой системы, а также современные эндоскопические и лапароскопические вмешательства. К современным высоко технологичным видам оперативного лечения относятся такие операции, как контактное дробление камней нижних мочевых путей и мочеточника, ТУР при

заболеваниях нижних мочевых путей и предстательной железы у мужчин, эндоскопическая коррекция при стриктурах мочеиспускательного канала и мочеточника, лапароскопические методы лечения- при объёмных образованиях почек, нефроптозе, камнях почек и мочеточника. Проводятся современные слинговые операции с использованием синтетических протезов при недержании мочи у женщин и т. д.

## **2.2. Результаты социологического исследования особенностей профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике инфекций мочевыводящих путей**

Исследование проводилось в два этапа. На первом проходил сбор и обработка информации. На втором этапе анализ данных проводился с последующей разработкой модели сестринского ухода во время лечения и профилактики пациентов при заболеваниях мочевыводящих путей.

Исследование проводилось в отделении урологии Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №2г. Белгорода».

В исследовании особенный интерес был проявлен удовлетворенностью пациентов качеством и полнотой предоставленной информации о методах профилактики. В прямом анкетировании участвовали 26 пациентов с заболеваниями мочевыделительных путей.

Применение комплексного подхода разрешило обнаружить уровень довольства пациентов и предоставленной им информацией. Объем использованного материала, обработка показателей и их дальнейший анализ дают возможность ответить на проблемы, заданные в данном материале. Приобретенные сведения гарантируют обоснованность предложений по последующему улучшению качества предоставляемой информации по вопросам профилактики заболеваний мочевыводящих путей.

Первый вопрос анкеты был о поле каждого анкетированного респондента. Это помогло раскрыть зависимость частоты возникновения заболевания в зависимости от пола. Наглядно видно, что большую часть больных составляют женщины 65% и 35% составляют мужчины. Это говорит о том, что у женщин риск возникновения заболевания намного выше (рис. 1).

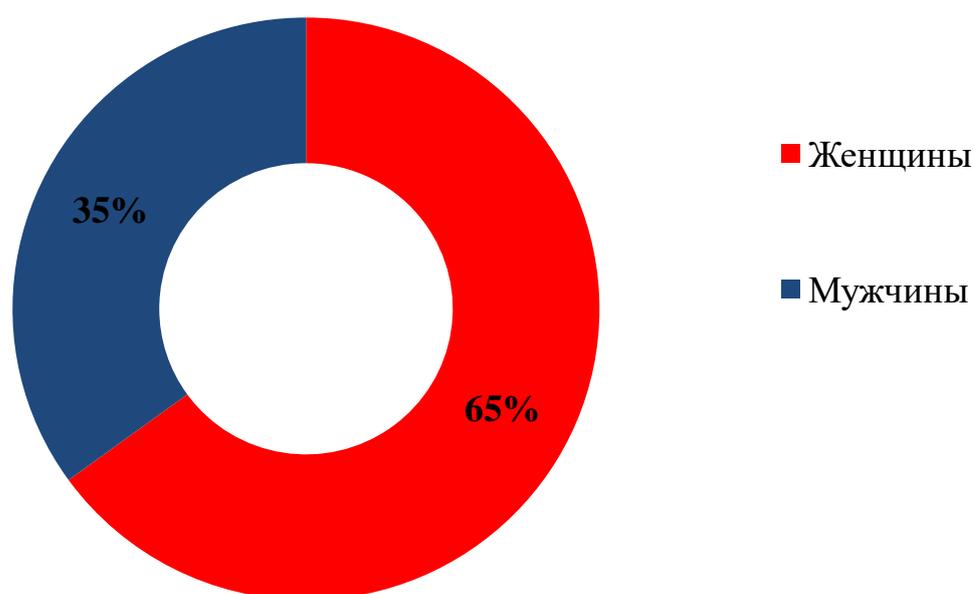


Рис.1. Распределение по полу

Следующий вопрос порекомендовал респондентам отнести себя к возрастной группе. При проведении исследования было выявлено, то, что максимальный процент людей, а конкретно 40% – это пациенты 31-45 лет; 25% в возрасте 18-30 лет, 20% пациентов 46-60 лет и 15% в возрастной группе более 60 лет. Это свидетельствует о том, что наибольший риск возникновения заболеваний мочевыводящих путей наблюдается у людей среднего возраста. (рис.2).

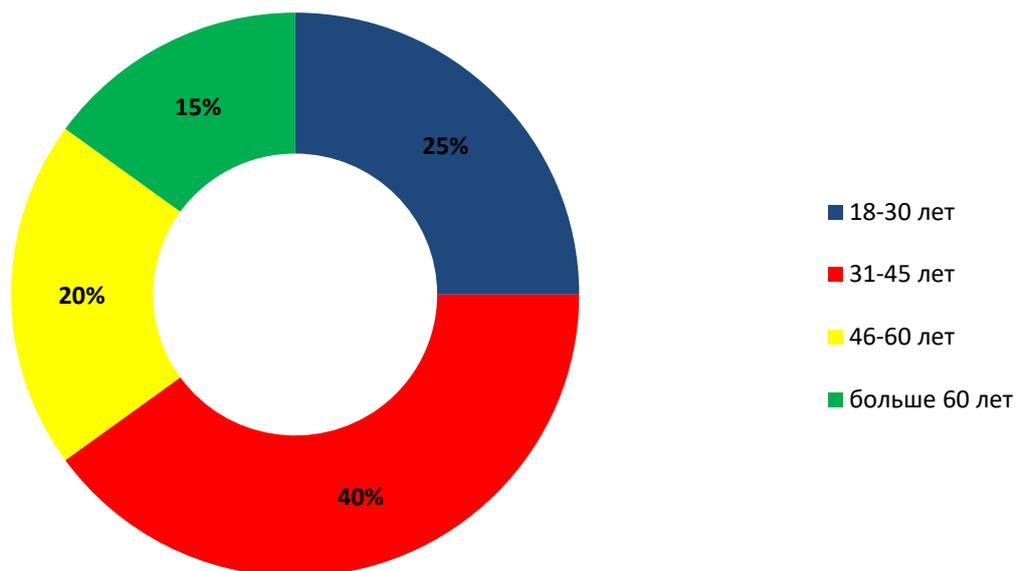


Рис.2. Распределение по возрасту

Ответы на вопрос «Нуждаетесь ли Вы в информации о профилактике болезней мочевыводящих путей» можно увидеть на следующей диаграмме. Большая часть пациентов 45% лишь частично нуждается в данной информации. 25% не нуждаются вовсе и только 30% нуждаются в информировании в полном объеме (рис. 3).

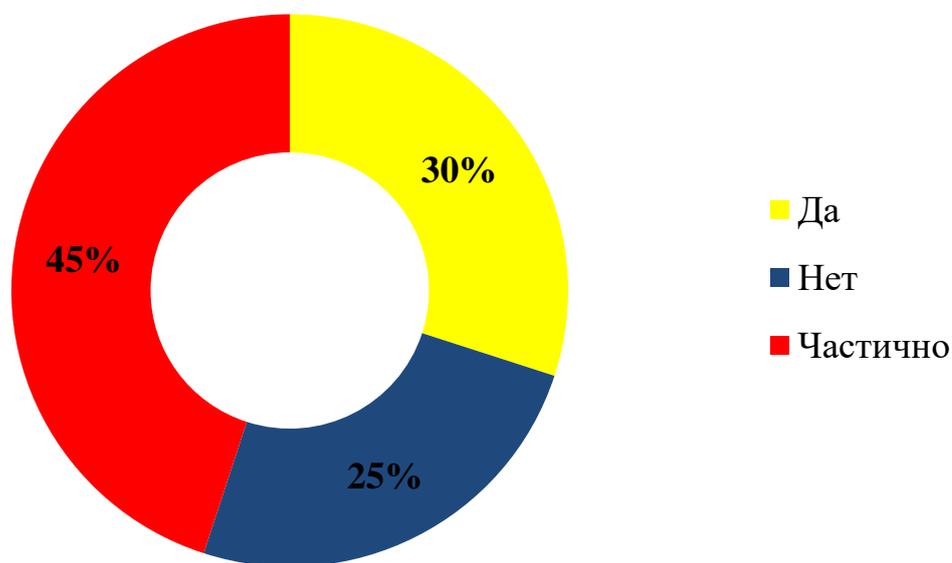


Рис.3. Необходимость в информации о профилактике

Обеспеченность пациентов данной информацией можно увидеть на следующей диаграмме, 53% пациентов в полном объеме получают сестринский уход. 21% получает уход частично, 26% не получает сестринского ухода совсем (рис. 4).

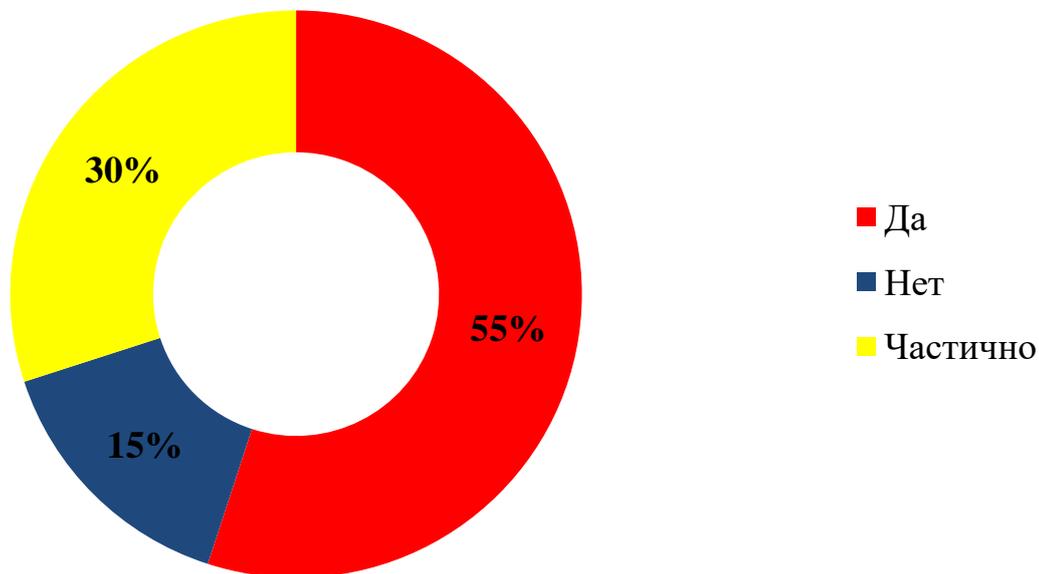


Рис.4. Обеспеченность информацией о профилактике

Данные о соблюдении пациентами здорового образа жизни представлены на следующей диаграмме. Ведут здоровый образ жизни в полном объеме лишь четверть опрошенных. Соблюдают его частично 35% и не соблюдают вовсе 40% респондентов (рис. 5).

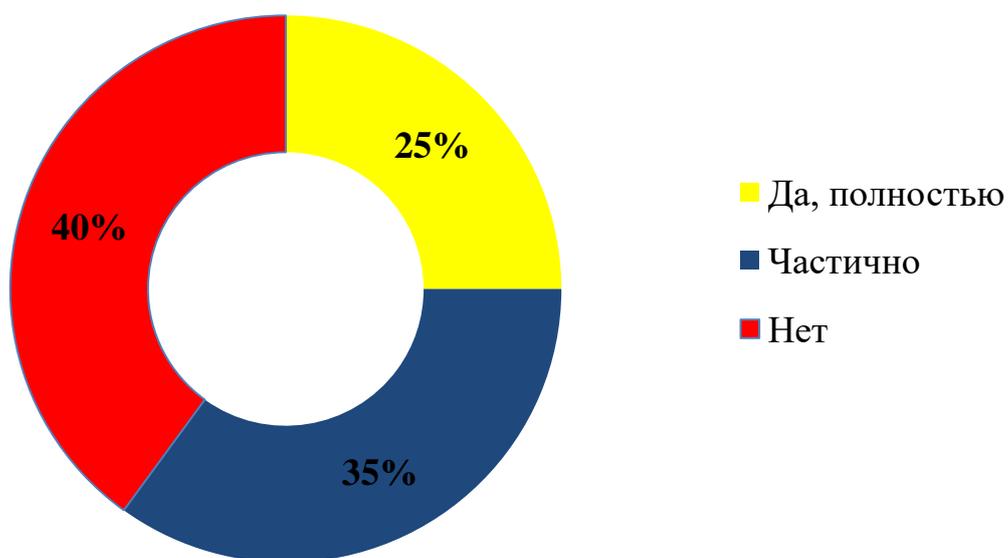


Рис.5. Соблюдение здорового образа жизни

Ответы на вопрос «Нуждаетесь ли Вы в дополнительной сестринской консультативной помощи» распределились последующим способом: 20% пациентов нуждаются в сестринских консультациях, 35% пациентов абсолютно не нуждаются в консультативной помощи медицинских сестер, а 45% пациентов частично нуждаются в консультации медицинских сестер (рис. 6).

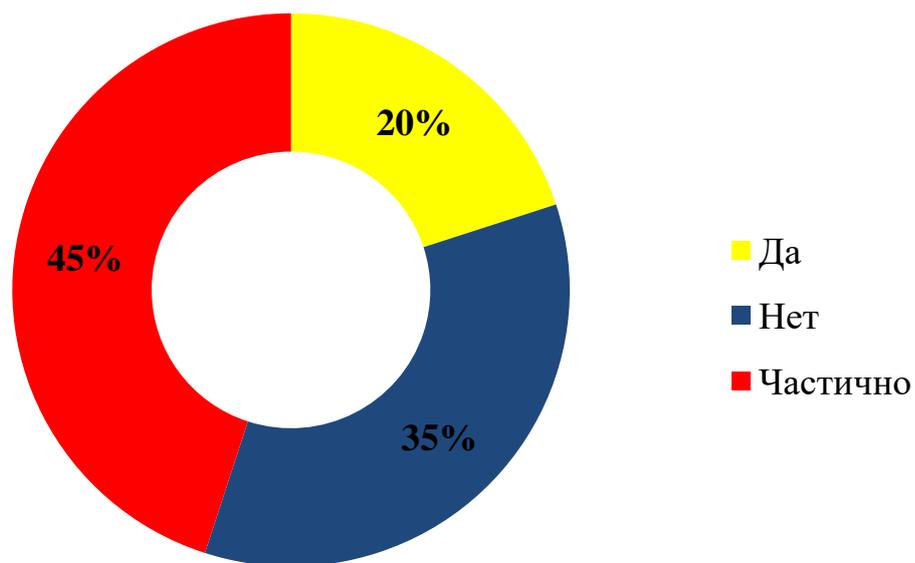


Рис.6. Необходимость дополнительной сестринской консультации

Распределение ответов на вопрос об информировании медицинскими сёстрами о профилактике болезней мочевыводящих путей можно увидеть на следующей диаграмме 25% не получают достаточной информации от медицинских сестер, 15% получают ее частично, 60% в полном объеме получают информацию о профилактике заболеваний мочевыводящих путей от медицинских сестер (рис. 7).



Рис.7. Информированность пациентов о профилактике заболевания

На вопрос «Проинформировали ли Вас о переохлаждении, как о факторе риска возникновения заболевания» ответы были распределены следующим образом. Абсолютное большинство 85% получили информацию о данном факторе риска и только 15% пациентов не были осведомлены об этом (рис. 8).

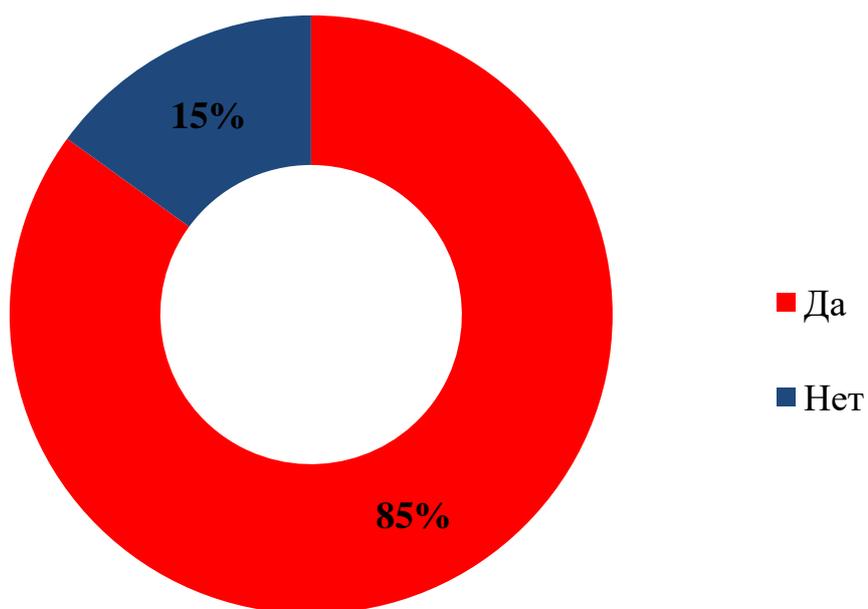


Рис.8. Информированность пациентов о переохлаждении, как о факторе риска

На данной диаграмме можно увидеть, что ответы пациентов разделились следующим образом: 55% в полной мере получили информацию от медицинской сестры о необходимости соблюдения личной гигиены, 30% не получили такую информацию, но хотели бы узнать о данном способе профилактики и 15% пациентов лишь частично узнали о данных мерах профилактики (рис. 9).

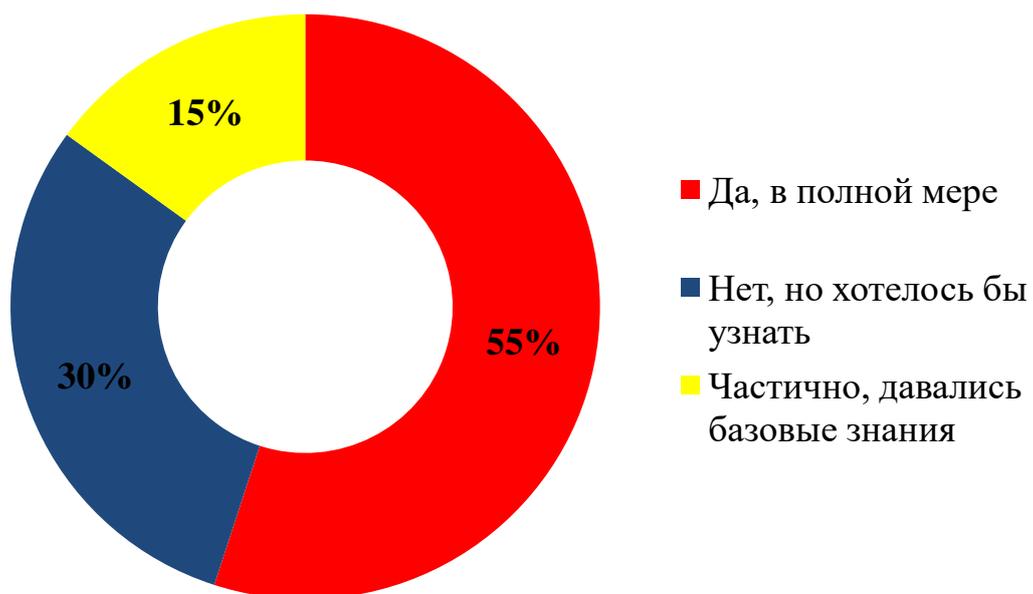


Рис.9. Информированность пациентов о необходимости соблюдения личной гигиены

Ответы на вопрос «Информировала ли Вас медсестра о контрацепции, как о способе профилактики заболеваний мочевыводящих путей» были даны следующим образом. Полную информацию по данному вопросу получили 35% пациентов, были осведомлены лишь частично 45% и лишь 20% не получили никакой информации о контрацепции, как о способе профилактики заболеваний мочевыводящих путей (рис. 10).

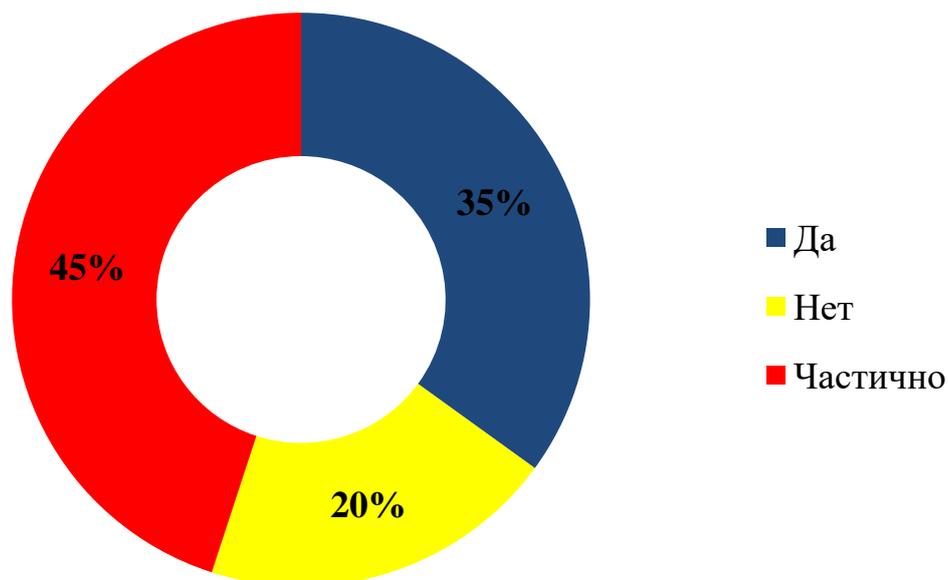


Рис.10. Информированность пациентов о контрацепции, как о мере профилактики

Респондентам был задан вопрос об их информированности в вопросе профилактики повторного заболевания. В результате анализа полученных данных можно сказать, что половину опрошенных полностью устраивает их информированность в данном вопросе. Четверть пациентов хотели бы узнать о профилактике повторного возникновения заболевания больше информации, а 15% респондентов считают, что они не получили достаточно информации от медицинских сестёр. Остальные 10% затруднились ответить на этот вопрос (рис. 11).

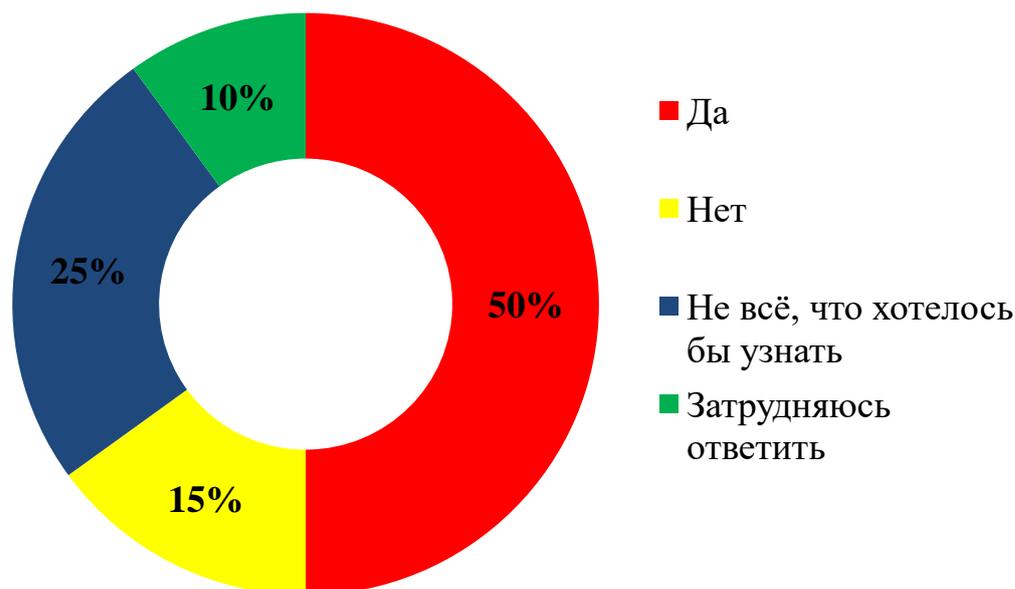


Рис.11. Информированность пациентов о профилактике повторного заболевания.

В последнем вопросе анкеты респондентам было предложено оценить качество консультативной помощи со стороны медицинских сестёр по вопросам профилактики и исключению повторного возникновения заболевания мочевыводящих путей. Ответы распределились следующим образом: на оценку «отлично» оценили работу медсестёр 45% опрошенных, 25% пациентов поставили оценку «хорошо». На оценку «удовлетворительно» работу медицинских сестёр оценили 20% респондентов. Всего лишь 10% пациентов негативно отозвались о профилактической деятельности медицинской сестры (рис. 12).

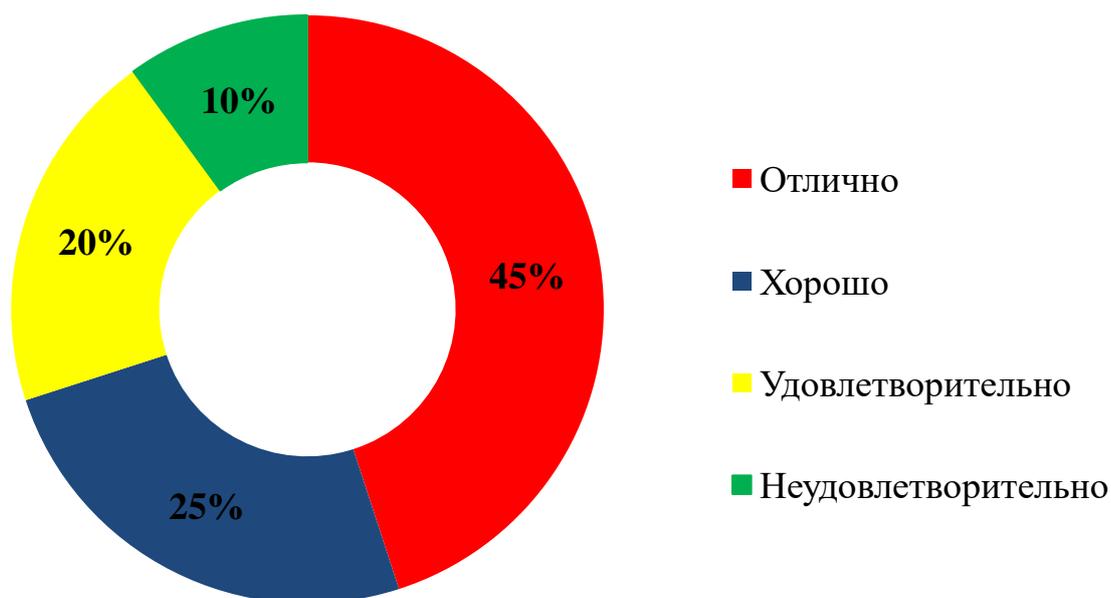


Рис.12. Удовлетворенность пациентов качеством профилактической консультативной помощи

Исходя из результатов проведенного анкетирования, можно сделать следующие **выводы**:

1. Наибольшее число пациентов с заболеваниями мочевыводящих путей составили респонденты женского пола;
2. Пациенты 31-45 лет страдают от заболеваний мочевыводящих путей чаще других. Это обусловлено периодом климакса, как у женщин, так и у мужчин, что, в свою очередь, приводит к ослаблению местного иммунитета.
3. Процент удовлетворённых оказанием консультативной помощи со стороны медицинских сестёр пациентов довольно высок, что говорит о должной теоретической подготовке и высокому уровню работы среднего медицинского персонала.
4. В высокой степени удовлетворены работой и консультативной помощью медицинских сестёр более 80% опрошенных пациентов, что говорит о высокой профессиональной подготовке среднего медицинского персонала урологического отделения.

### **Рекомендации медицинским сестрам урологического отделения:**

1. Следует как можно больше уделять внимания диетотерапии пациентов. Медицинская сестра должна рассказывать о том, как важно соблюдать водный баланс в организме, но при этом уменьшить количество потребляемой жидкости, рекомендовать пациентам уменьшить или вовсе исключить соль и соленые продукты из рациона, следить за потреблением белковых продуктов.

2. Необходимо доносить пациентам важность и правила соблюдения личной и интимной гигиены, кратность смены нижнего нательного белья и правильной санитарной обработки нижнего белья, так как современные средства стирки с повышенным содержанием химических средств может вызвать раздражения в интимной области, что может привести к дополнительному дискомфорту в этой области.

3. Медицинская сестра должна рассказывать пациентам о здоровом образе жизни, о переохлаждении как о факторе риска.

4. Внимание, оказанное пациентам с подозрениями на инфекцию мочевыводящих путей вовремя, и своевременная профилактическая помощь поможет избежать заболеваний мочевыводящих путей и пагубных последствий, к которым данные инфекции могут привести.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение отметим, что эффективность работы медицинской сестры, касающейся профилактики заболеваний мочевыводящих путей, во многом зависит от отношения к этим мероприятиям самого пациента и членов его семьи. Медицинская сестра должна рассказывать о сущности заболевания и сможет убедить в целесообразности предлагаемых диагностических и лечебных мероприятий, расскажет об их безопасности и длительности. Профилактика заболеваний мочевыводящих путей имеет огромное значение, что неоспоримо. Выполнение профилактических мероприятий содержит значимую роль во избежание подобной перспективы течения заболевания.

Проведя теоретический сбор литературных источников можно сказать, что профилактические мероприятия зачастую требуют от пациента исполнения различных рекомендаций в процессе длительного времени. В ряде случаев образуется необходимость изменения устоявшихся привычек и образа жизни у пациентов. Предупреждение состоит в устранение и лечение острых инфекционных заболеваний и санации источников инфекции. Выздоровливающим запрещается труд, связанный с физическим усилием и переохлаждением. Беременность и роды нежелательны в протяжении 3-х дальнейших лет. Пациенты, перенесшие заболевания мочевыводящих путей, должны находиться под диспансерным наблюдением (необходимы периодические измерения антропометрических данных и исследование мочи).

Для правильной профилактики медицинская сестра должна работать с пациентами, проводить опросы среди пациентов и выявлять наиболее частые факторы риска, что поможет выявить больший коэффициент факторов риска, которые встречаются среди населения. Высокий уровень знаний медицинских сестер в области урологии позволит более качественно и эффективно проводить профилактическую деятельность, что оправдывает поставленную в работе гипотезу.

Таким образом, полученные результаты позволяют подтвердить поставленные цели и задачи и сделать следующие **выводы**:

1. Терапия и профилактика инфекций мочевыводящих путей зависит от классификации, локализации и тяжести заболевания, медицинской сестре важно знать специфику каждой патологии данной группы заболеваний, чтобы оказывать пациентам высококвалифицированную помощь и проводить профилактическую деятельность.

2. Внимание медицинской сестры при сборе анамнеза пациента позволяет на ранних этапах провести быструю и качественную диагностику заболевания во избежание прогресса заболевания, не говоря уже о дальнейших последствиях.

3. Санитарно-просветительская работа среди населения позволяет увеличить уровень информированности о факторах риска и о правилах сохранения здоровья мочевыделительной системы.

4. Четко поставленные цели медицинскими сестрами в лечении и профилактики ИМВП помогают улучшить качество жизни пациентов и сохранение здоровья населения.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для того чтобы уменьшить случаи заболеваемости инфекциями мочевыводящих путей медицинским сестрам необходимо работать над информированностью населения о путях заражения данными патологиями. Данную информацию можно преподносить в различных формах обучения. Это могут быть стенды с информацией о данных патологиях, беседы с пациентами как личные, так и групповые, памятки о данной проблеме и прочие виды санитарно-просветительской работы медицинских сестер.

Следует обратить внимание на беременных женщин и гинекологических больных, так как данный вид пациентов стоит на первом месте факторов риска. Этим пациенткам необходимо рассказывать о важности самохода, соблюдения личной интимной гигиены и диетотерапии.

Медицинская сестра должна также обращать внимание пациентов на простые общие правила, по предупреждению инфекций и других заболеваний мочевыводящих путей. К этим правилам относится, барьерный метод контрацепции, исключение переохлаждений, ведение здорового образа жизни и соблюдение культуры питания. Если медицинские сестры правильно найдут подход к проведению профилактических мер в любой форме, результат не заставит себя ждать, количество заболеваемости инфекциями мочевыводящих путей значительно уменьшится, что положительно подействует далеко не лишь на статистических данных, но и на состояние здоровья населения в целом.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атлас по урологии [Текст]/Т.Н. Куликова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,2017.-450с.
2. Иванченко, Л.П. Урологические заболевания. Профилактика лечение [Текст]/Л.П. Иванченко, А.С. Коздоба, С.В. Москвин. - Москва: Триада,2016.-334с.
3. Избранные лекции по урологии [Текст]/подред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова. - Москва: МИА,2016.-576с.
4. М.И. Коган. Профилактика урологических заболеваний [Текст]: ил. рук. /М.И. Коган. - Москва: Практическая медицина,2018.-549с.
5. Комяков, Б.К. Урология [Текст]: учебник/Б.К. Комяков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,2017.-464с.
6. Мухин, Н.А. Пропедевтика внутренних болезней [Текст]: учебник/Н.А. Мухин, В.С.Моисеев. -2-еизд., доп. И перераб.-Москва: ГЭОТАР-Медиа,2018.-848с.
7. Пугачев, А.В. Урология [Текст]: руководство/А.В. Пугачев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,2017.-832с.
8. Пушкарь, Д.Ю. Функциональная урология и уродинамика [Текст]/Д.Ю. Пушкарь, Г.Р. Касян. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,2018.-376с.
9. Разин, М.П. Урология андрология [Текст]: учеб, пособие/М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,2016.-309с.
10. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии: учебное пособие /под ред. Б.В. Кабарухина. - 2-е. изд. - Ростов н/Дону: Феникс, 2018. - 301 с.
11. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению [Текст]: ил. рук. /подред.П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева, Н.А. Григорьева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,2017.-298с.

12. Шульц, В.Е. Осложнения при урологических заболеваниях и их профилактика [Текст]: руководство/В.Е. Шульц, Б.В. Крапивин, А.А. Давыдов. - Москва: МИА,2018.-345с.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

## АНКЕТА

### Уважаемые респонденты!

Данное анкетирование проводится с целью выяснить роль медицинской сестры в профилактике заболеваний мочевыводящих путей.

Анкета заполняется анонимно. Внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде.

1. Укажите Ваш пол: мужской, женский.

2. Укажите Ваш возраст.

А) 18-30 лет;

Б) 31-45 лет;

В) 46-60 лет;

Г) больше 60 лет.

3. Нуждаетесь ли Вы в информации о профилактике болезней мочевыводящих путей.

А) да;

Б) нет;

В) частично.

4. Обеспечены ли Вы этой информацией.

А) да;

Б) нет;

В) частично.

5. Ведёте ли Вы здоровый образ жизни.

А) да, полностью;

Б) нет;

В) частично.

6. Нуждаетесь ли Вы в дополнительной сестринской консультативной помощи.

- А) да;
- Б) нет;
- В) частично.

7. Предоставляла ли Вам медсестра информацию о профилактике болезней мочевыводящих путей.

- А) да, в полном объеме;
- Б) нет, но хотелось бы больше подобной информации;
- В) частично, но недостаточно.

8. Проинформировали ли Вас о переохлаждении, как о факторе риска возникновения заболевания.

- А) да;
- Б) нет;

9. Консультировала ли Вас медицинская сестра о необходимости соблюдения личной гигиены.

- А) да, в полной мере;
- Б) нет, но хотелось бы узнать;
- В) частично, давались базовые знания.

10. Информировала ли Вас медсестра о контрацепции, как о способе профилактики заболеваний мочевыводящих путей.

- А) да;
- Б) нет;
- В) частично.

11. Получили ли Вы все необходимые знания для предотвращения повторного заболевания.

- А) да;
- Б) нет;
- В) не всё, что хотелось бы узнать;
- Г) затрудняюсь ответить.

12. Какую дополнительную информацию Вы бы хотели получить.

Ваш ответ: \_\_\_\_\_

13. Удовлетворены ли Вы качеством оказания консультативной помощи медицинских сестёр о профилактике и исключении повторного заболевания.

А) отлично;

Б) хорошо;

В) удовлетворительно;

Г) неудовлетворительно;

14. Если Вы не удовлетворены или частично удовлетворены оказанием медицинских услуг, напишите причину Вашей оценки.

Ваш ответ: \_\_\_\_\_

**Благодарим Вас за сотрудничество!**