

**С.Т. Варшавский**

# **Амбулаторная урология**

**Москва  
«Книга по Требованию»**

УДК 61  
ББК 5  
С11

С11 **С.Т. Варшавский**  
Амбулаторная урология / С.Т. Варшавский – М.: Книга по Требованию, 2013. – 200 с.

**ISBN 978-5-458-39062-0**

Пособие "Амбулаторная урология" переработано и дополнено новыми данными и главами (первое вышло в 1969 г.). Специальные разделы посвящены описанию операций на мочеполовых органах, применяемых в амбулаторных условиях, методам обезболивания при инструментальных исследованиях, показаниям к санаторно-курортному лечению больных с урологическими заболеваниями. Значительное внимание в книге "Амбулаторная урология" уделено описанию современных диагностических методов и манипуляций, показаниям и противопоказаниям к их применению, возможным осложнениям. Пособие "Амбулаторная урология" предназначено для широкого круга врачей-урологов, хирургов, венерологов, гинекологов.

**ISBN 978-5-458-39062-0**

© Издание на русском языке, оформление  
«YOYO Media», 2013

© Издание на русском языке, оцифровка,  
«Книга по Требованию», 2013

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

[www.samizday.ru/reprint](http://www.samizday.ru/reprint)



## РАБОТА УРОЛОГА В ПОЛИКЛИНИКЕ

### ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ОСНАЩЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

В урологическом кабинете поликлиники проводятся прием и обследование больных с заболеваниями мочеполовой системы и лечение тех из них, которые не нуждаются в госпитализации. Значительная часть больных посещает кабинет повторно для лечебных процедур (бужирование, промывание мочевого пузыря, массаж предстательной железы, новокаиновые блокады и др.).

Если позволяют условия, то больным производят небольшие оперативные вмешательства, не вызывающие значительного нарушения общего состояния. Для этого используется операционная хирургического кабинета.

Для удобного размещения необходимого инструментария и инвентаря, соблюдения правил асептики и антисептики желательно, чтобы урологический кабинет состоял из двух (по 10—15 м<sup>2</sup>) смежных комнат: первая — для приема больных, вторая — цистоскопическая. Если урологический кабинет размещается в одной комнате, то она должна быть значительно больших размеров; часть ее следует отвести для проведения эндоскопических исследований и отделить ширмой или занавеской от остального помещения.

Полноценное обследование и лечение больных в поликлинике возможно только при четкой и правильной организации работы врачей, ведущих амбулаторный прием.

Оснащение и оборудование урологических кабинетов, а также лабораторий и рентгеновских кабинетов поликлиники позволяет производить полное обследование больных. В стационар они должны направляться с установленным диагнозом на оперативное лечение или для дополнительного обследования методами, недоступными в амбулаторных условиях.

Правильное и рациональное использование всего арсенала диагностических методов, применяемых при соответствующих показаниях в условиях поликлиники, позволяет значительно сократить число койко-дней в урологичес-

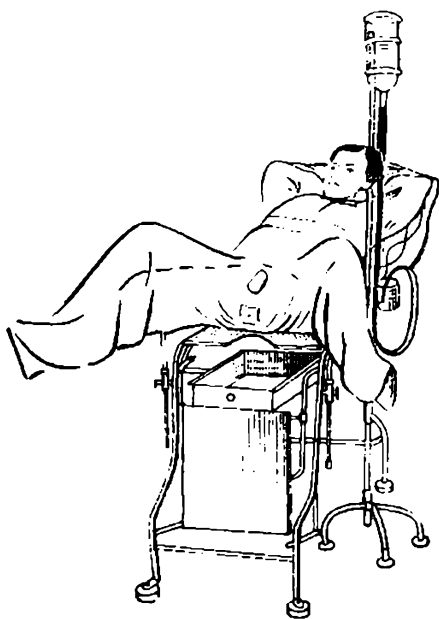


Рис. 1. Подготовленный для цистоскопии больной в специальном кресле.

веденной под эндоскопическую, должно быть специальное урологическое или гинекологическое кресло, инструментальный шкаф и столики, а также другое необходимое медицинское оборудование.

Кресло размещается так, чтобы к нему был свободный доступ со всех сторон для производства внутривенных вливаний, инъекций и т. п. Промывная жидкость, стекающая в специальный лоток, отводится по шлангу в канализационную сеть или в ведро с плотно закрытой крышкой.

Кресло и винтовой стул врача целесооб-

разно разместить так, чтобы прямой свет из окна не падал врачу в глаза во время эндоскопии.

Для наполнения мочевого пузыря промывной жидкостью, справа от врача устанавливается на стойке или прикрепляется к стене на высоте около 1 м над больным градуированный по 50—100 мл резервуар емкостью до 2—3 л, от которого отходит резиновый шланг с двухходовым краном на конце (рис. 1).

В кабинете размещается также стол для стерильных инструментов, небольшой столик или стерилизатор, в котором находятся шприцы и иглы для инъекций.

Недопустима стерилизация в одном стерилизаторе урологического инструментария и шприцев с иглами для инъекций.

Отдельно помещаются сосуды с цистоскопами в специальных обеззараживающих растворах.

Трансформатор для эндоскопии обычно помещается около штепсельной розетки, а вблизи эндоскопического кресла — диатермический аппарат для электрокоагуляции.

Резервные инструменты и медикаменты обычно хранятся в стеклянном медицинском шкафу. Причем медикаменты различного назначения всегда следует держать раздельно и в строго определенных местах.

Лекарственные средства, которые при случайном введении в уретру могут вызвать тяжелые ожоги, должны находиться отдельно согласно правилам хранения. Перед инстилляцией или промыванием необходимо проверить этикетку на сосуде с раствором.

Применяемые в урологической практике эндовезикальные и эндоуретральные инструменты, в том числе и эндоскопические приборы, имеют определенные калибры и градуируются по принятой в СССР французской шкале (Chapige). Всего различают 30 номеров: самый малый № 1 соответствует отверстию диаметром 0,33 мм и окружностью приблизительно в 1 мм, а каждый последующий увеличивается на 0,33 мм в диаметре или на 1 мм в окружности. Обычно на инструменте указывается номер его калибра по Шарьеру.

Для нормальной работы урологического кабинета необходимо иметь достаточное количество различных по калибру катетеров и бужей.

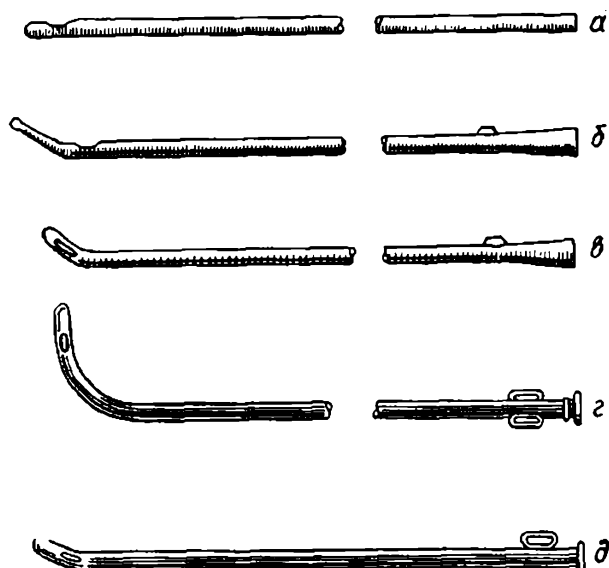
Резиновые катетеры Нелатона (рис. 2, а) различных калибров очень удобны для катетеризации мочевого пузыря, не травмируют моченспускательный канал и довольно просты в применении. При длительном хранении и употреблении катетер высыхает и становится ломким, использовать потрескавшиеся резиновые катетеры не рекомендуется.

Катетеры Тимана (рис. 2, б) — из резины и полиэтилена, с булавовидным пузырьным концом в виде клюва: резиновые — с одним, а эластические (полиэтиленовые) — с двумя боковыми отверстиями на пузырьном конце. Полиэтиленовые катетеры рекомендуется использовать сразу после кипячения, так как при низкой температуре они теряют эластичность и становятся жесткими.

Эластические катетеры с кривизной Мерсье (рис. 2, в) изготовляют из полотна или шелка, пропитанного лаком. Они имеют тупой конец и более изогнутый, чем в катетере Тимана, пузырьный конец.

Эластические катетеры употребляются в тех случаях, когда резиновые, ввиду их мягкости, не проходят через моченспускательный канал, например, при аденоме предстательной железы.

Мужской металлический катетер имеет круто загнутый пузырьный конец, на котором имеются два отверстия



**Рис. 2 Катетеры уретральные:**

а — Ислатона, б — Тимана, в — эластический с кривизной Мерсье, г — мужской, металлический, д — женский металлический (по Л. И. Дунаевскому и Р. В. Арсеньеву, 1974).

(рис. 2, г), женский — закругленный, несколько загнутый конец, с двумя боковыми отверстиями (рис. 2, д).

На прямой конец как мужского, так и женского катетера целесообразно надеть резиновую трубочку длиной в 10—15 см, что облегчает отведение мочи и введение в мочевой пузырь жидкости (промывания, инстилляций и др.).

Для определения проходимости уретры и расширения сужений применяются бужи различной конфигурации. В урологическом кабинете поликлиники желательно иметь типовые наборы бужей, в каждый из которых входят инструменты определенной конфигурации и различных калибров (по Шарьеру): эластические бужи из полиэтилена (рис. 3, а), металлические бужи с навинчивающимися эластическими проводниками Лефора (рис. 3, б), металлические бужи Розера (рис. 3, в), металлические бужи Гюйона (рис. 3, г).

Необходимо следить, чтобы эластические бужи не имели дефектов наружного слоя лака, что поможет избежать травмирование слизистой оболочки уретры.

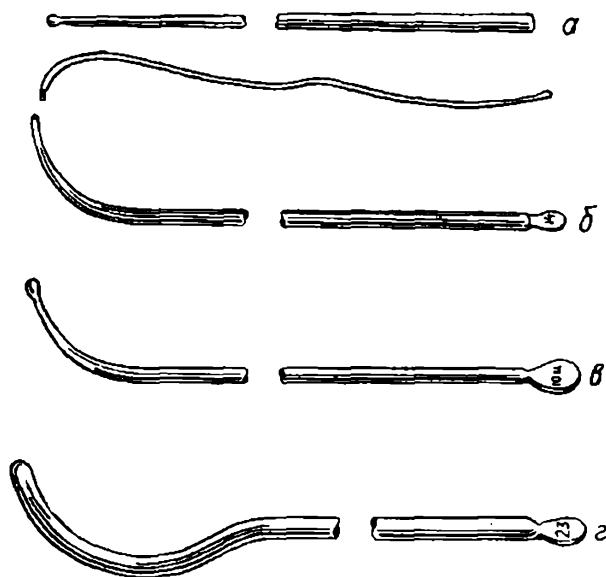


Рис. 3. Бужы:

а — эластические, б — Лефора, (с проводником) в — Розера (головчатый),  
г — Гюйона (по Л. И. Дунаевскому и Р. В. Арсеньеву, 1974).

Для нормального функционирования необходимо иметь несколько шприцев Жанэ, металлический катетер с obturatorом для эвакуации сгустков крови при тампонаде мочевого пузыря, уретральные щипцы для удаления инородных тел и камней из уретры, а также линцеты, зонды, кровоостанавливающие зажимы и др.

Значительное место в работе уролога поликлиники занимают эндоскопические исследования, для проведения которых необходимо иметь соответствующий инструментарий.

Уретроскоп комбинированный (модель 513). Предназначен для диагностики и лечения заболеваний мужской и женской уретры, позволяющий производить только сухую уретроскопию. В комплект, помимо уретроскопа со сменными осветительными стержнями с лампочкой холодного света (2,5 В), входят трубки (тубусы) мужские (№ 21, 23; 25, 27) и более короткие женские (№ 23, 25 по шкале Шарьера) с obturatorами.

Для производства сухой уретроскопии нужно также иметь несколько ватодержателей для осушения слизистой уретры.

**Цистоскоп смотровой (модель 542)**—наиболее распространенная модель современного отечественного цистоскопа. В комплект входит тубус (ствол) с лампочкой холодного света (2,5 В), оптическая система и мандрен.

Предназначен для осмотра слизистой оболочки мочевого пузыря при его заполнении жидкостью, а также для изучения функции почек (хромоцистоскопия).

**Цистоскоп катетеризационный, односторонний (ЦКО-1, модель 561).** В отличие от модели 542 в комплекте имеются две оптические системы. Одна предназначена для осмотра полости мочевого пузыря, вторая с механизмом Альбаррана — катетеризации мочеоточника.

Указанные цистоскопы снабжены краном-тройником для заполнения и промывания мочевого пузыря.

Питание оптических приборов осуществляется от сети переменного тока через понижающий трансформатор напряжением 127 В и 220 В. Источником питания может также служить плоская батарейка для карманного фонарика.

В последнее время появились более совершенные отечественные смотровые цистоскопы с волоконными световодами, например, Цис-ВС-1 (модель 567). Благодаря использованию волоконных световодов и стационарного осветителя (работает в комплекте с осветителем ОС-100 и световодным кабелем диаметром 3,5 мм) обеспечивается значительно большая освещенность полости мочевого пузыря, чем при применении лампы накаливания.

## **АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АМБУЛАТОРНОЙ УРОЛОГИИ**

Уверенность в том, что применение антибиотиков, сульфаниламидов, нитрофуранов, уроантисептиков, активно воздействующих на мочевую инфекцию, может предотвратить развитие последней при различных инструментальных манипуляциях на органах мочеполювой сферы даже при несоблюдении правил асептики и антисептики, привела к пренебрежительному отношению к последним со стороны многих медицинских работников, особенно в амбулаторных условиях.

Беспорядочное применение антибиотиков и современных химиопрепаратов — одна из причин быстрого появления резистентных к этим препаратам микробных штаммов. Резистентные к антибиотикам микробы могут передаваться от одного больного к другому непосредственно

медицинским персоналом, а также через инструменты при нарушении правил асептики и антисептики (рис. 4).

Нами выделены нечувствительные к антибиотикам микробные штаммы в посевах с рук медицинского персонала, больничного инвентаря, а также инструментария при недостаточной его стерилизации. Следовательно, помимо

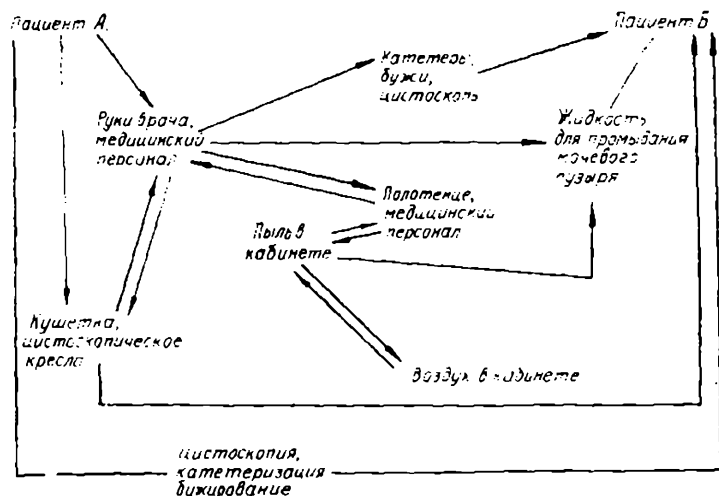


Рис. 4. Возможные пути передачи инфекции от одного больного к другому в условиях амбулатории.

бужей, катетеров, цистоскопов и других инструментов, вводимых в мочевые пути, передатчиками инфекции могут быть системы для наполнения мочевого пузыря, наконечники, двухходовые краны к ним, а также руки медицинского персонала.

Аналогичные данные получены А. Е. Суходольской и соавт. (1978), которые, проводя исследования в консультативной поликлинике Киевского НИИ урологии, высевали кишечную и фекальную палочки, гемолитические кокки с рук врачей и медицинских сестер в 41,6% случаев, а из дезинфицирующих растворов и инструментария — соответственно в 15,4 и 14%.

Проблема внутрибольничной инфекции в настоящее время требует самого пристального внимания, особенно в амбулаторных условиях.

Стерилизация цистоскопов, катетеров, резиновых трубок, кружек Эсмарха и других инструментов должна производиться по всем правилам, и всякое отступление от них

**недопустимо, так как может привести к тяжелым осложнениям.**

Организация централизованных стерилизационных в медицинских учреждениях радикально решает задачу стерилизации общемедицинского и неоптического урологического инструментария. Эту задачу значительно упрощает применение стерильных инструментов одноразового пользования (резиновые катетеры баллон-катетеры и др.). В последнее время для дезинфекции урологических инструментов все большее распространение получают также газовая стерилизация и гамма-облучение.

Урологический кабинет (помещение, мебель, оборудование) должен убираться и обрабатываться так же, как и хирургический. Стерильный материал (простыни для инструментальных столиков, марлевые салфетки, шаррики и др.) подвергается обеззараживанию в автоклавах\*.

**Стерилизация инструментов.** Инструменты, предназначенные для манипуляций на мочеполовых органах должны находиться и обеззараживаться отдельно от шприцев и игл для инъекций и вливаний. Если в лечебном учреждении нет централизованной стерилизационной, инструментарий обеззараживается в урологическом кабинете. Для этой цели нужно иметь два стерилизатора (большой и малый), а также отдельные инструментальные столики.

Инструменты и шприцы кипятятся 40 мин в заранее прокипяченной и отстоянной воде, а в местностях с высокой жесткостью воды в нее добавляют 1% раствор двууглекислой соды, что уменьшает отложение накипи на инструментах и увеличивает срок их службы.

После употребления перед закладкой в стерилизатор, инструменты необходимо тщательно промыть горячей водой с мылом, удалить из них сгустки слизи, крови, гноя, песок, обязательно проверить проходимость.

**Никакая дезинфекция или стерилизация урологических инструментов недопустима без предварительной механической очистки.**

Кипячением стерилизуются металлические и резиновые инструменты, мочеточниковые катетеры, шприцы, эластические инструменты из пластмассы, резиновые колпачки, одеваемые на трубки катетеризационного цисто-

---

\* Принципы и способы уборки и обработки хирургического кабинета и подготовки стерильного материала изложены в руководствах по общей хирургии.

скопа для проведения мочеточниковых катетеров, а также трубки приводящего и отводящего кранов.

Резиновые катетеры можно подвергать и автоклавированию при давлении 1 атм и температуре 120°C в течение 20 мин.

Применяется и холодная стерилизация резинового инструментария, помещением его в тройной антисептический раствор (карболовая кислота—3 г, гидрокарбонат натрия—15 г, формалин—20 г, стерильная дистиллированная вода—до 1000 мл). Можно стерилизовать катетеры в растворе сулемы (1:1000) в течение 2 ч или в диоциде (1:5000)—30 мин.

Система для промывания мочевого пузыря, состоящая из кружки Эсмарха, резинового шланга, стерилизующихся кипячением в начале рабочего дня, и наконечника, смещающегося перед каждым новым больным, не дает полной гарантии защиты от передачи инфекции одного больного другому в процессе эндовезикальных манипуляций.

Во время промывания и наполнения мочевого пузыря с малой емкостью, а также при его спастических сокращениях, вызванных болью или другими причинами (очень горячий или очень холодный раствор) нередко наступает обратный ток уже инфицированной жидкости по резиновому шлангу в кружку Эсмарха. В этих случаях вся система для промывания должна быть подвергнута повторной стерилизации кипячением, что в условиях поликлиники часто представляет определенные трудности и может вызвать нарушение ритма работы кабинета.

В амбулаторных условиях для промываний мочевого пузыря лучше пользоваться шприцем Жане или резиновыми баллончиками (детскими клистирами) и эмалированной или алюминиевой кружкой, почкообразным тазиком, которые легко и быстро стерилизуются кипячением после каждого больного. Целесообразно также применение съемных наконечников к кружкам Эсмарха, соединенных резиновой трубкой 25—30 см и присоединяющихся к основной системе посредством стеклянной переходной трубки. Съемная часть трубки с наконечником кипятится для каждого больного.

Однако для цистоскопии такой метод наполнения мочевого пузыря неприемлем, так как в процессе цистоскопии часто приходится менять помутневшую промывную жидкость. Поэтому нужно стараться не загрязнять промывную систему. Двухходовый кран после каждого больного меняется и обеззараживается кипячением. В случаях обратного тока жидкости из мочевого пузыря вся про-

мывная система подвергается повторной стерилизации.

С целью профилактики передачи инфекции во время цистоскопии, в качестве промывной жидкости лучше всего применять 2% раствор борной кислоты, 0,1% раствор риванола, раствор фурацилина 1:5000 и другие бактерицидные препараты.

Идеальным способом соблюдения стерильности промывной системы для заполнения и промывания мочевого

пузыря при цистоскопии является отдельная система для каждого больного. Такая система с применением аппарата Боброва представлена на рис. 5.

Портящиеся от кипячения инструменты стерилизуются



Рис. 5. Система для асептического заполнения и промывания мочевого пузыря при цистоскопии (по Ф. Блюму, А. Глингару и Т. Гринчаку, 1931).

парами формалина в металлических или стеклянных пеналах, специальных стерилизаторах для катетеров и бужей, а также стеклянных цилиндрах с притертыми пробками. Формалиновые таблетки укладываются на дно стерилизатора, который плотно закрывается (рис. 6). Стерилизация инструментов происходит в парах формалина, испаряющихся из таблеток. Этим способом обеззараживаются эластические инструменты (катетеры, бужы, проводники к бужам и др.), а также оптические приборы (цистоскопы, уретроскопы и др.).

Стерилизацию эластических инструментов удобно производить в металлическом стерилизаторе для катетеров и